Д-р М. А. ПОЛЯК

ПАДРУЧНІК ПА ГІНЭКОЛЁГІІ

ДВБ

Д-р М. А. ПОЛЯК

ПАДРУЧНІК ПА ГІНЭКОЛЁГІІ

ДЛЯ МЭДТЭХНІКУМАЎ

Пад рэдакцыяй
проф. М. Л. Выдрына

ДЗЯРЖАЎНАЕ ВЫДАВЕЦТВА БЕЛАРУСІ
ВУЧПЭДСЭКТАР
МЕНСК 1933

Рэдактар М. Б. Кроль
Літпраўка В. Зубко
Тэхрэдактар К. Пуроўскі
Корэктар Н. Касьперская
Здана ў набор 1-XII—32 г.
Падпісана да друку 3-III—33 г.
Набрана брыгадай Герасімовіча
Адк. кор. друкарні А. Жук

Зак. № 2996. 3.000 экз. Уп. Галоўлітбелу №а 1182
Друкарня імя Сталіна.

ЗЬМЕСТ

Стар.

Ад рэдактара 1
Прадмова 8

Уводзіны

Роля і задачы акушэркі і іншых асоб сярэдняга мэдпэрсоналу ў справе . . . 9

Заўважаныя памылкі друку.

Стар.	Радок	Надрукавана	Патрэбна
3	18 зьнізу	клетка	клеткавіна
3	9 „	рэкральнае	рэктальнае
4	19 зьверху	тампонцыя	тампонацыя
5	13 „	ляноратомія	ляпоратомія
5	3 зьнізу	асфорыт	оофорыт
6	16 зьверху	хорыонапітоліома	хорыон-эпітэліома
7	10 зьнізу	заканчваецца	заключаецца
8	12 „	вышэйшых	важнейшых
15	9 зьверху	Ladia	Labia
15	12 зьнізу	Humen	Hymen
50	19 „	лектацыйная	ляктацыйная
64	3 зьверху	свадобна	свабодна
103	6 „	награваемыя	пагражаемыя
125	3 „	(пэрымэтраў)	(пэрымэтрыт)

Зак. № 2996.

3. *Дасьледваньне* [illegible]
4. *Інструмантальнае дасьледваньне* 38
5. *Пробнае выскабленьне* 44
6. *Высяканьне* (экцызія) *кавалачкаў для мікроскопічнага дасьледваньня* . . . .
7. *Пробная пункцыя* . . . .
8. *Дасьледваньне выдзяленьняў* 45
9. *Цыстоскопія* . . . . . .
10. *Дасьледваньне крыві* . . . .

Рэдактар М. Б. Кроль
Літпраўка В. Зубко
Тэхрэдактар К. Пуроўскі
Корэктар Н. Касьперская
Здана ў набор 1-XII—32 г.
Падпісана да друку 3-III—33 г.
Набрана брытадай Герасімовіча
Адк. кор. друкарні А. Жук

Зак. № 2996. 3.000 экз. Уп. Галоўлітбелу №а 1182
Друкарня імя Сталіна.

ЗЬМЕСТ

Стар.

Ад рэдактара 1

Прадмова 8

Уводзіны

Роля і задачы акушэркі і іншых асоб сярэдняга мэдпэрсоналу ў справе аздараўленьня працоўных жанчын 9

РАЗЬДЗЕЛ ПЕРШЫ

Кароткі нарыс анатоміі і фізыолёгіі жаночых полавых органаў

I. Знадворныя полавыя органы

1. *Лабковы бугор* 14
2. *Вялікія полавыя губы* . . . . —
3. *Прамежжа* 15
4. *Малыя полавыя губы* . . . . —
5. *Клітар* . . . . —
6. *Адтуліна мачавыпускальнага каналу* . . . . . —
7. *Дзявочая плява* . . . . —

II. Унутраныя полавыя органы

1. *Похва* 17
3. *Мацица* 18
3. *Фалёпіевы трубы* 21
4. *Яечнікі*. Овуляцыя. Мэнструацыя, унутраная сэкрэцыя. Клімактэры. Калямацічная клетка 22
5. *Тазавая брушына* 25
6. *Крывяносныя судзіны полавых органаў і нэрвы* . . . . —

РАЗЬДЗЕЛ ДРУГІ

Агульная дыягностыка

I. Анамнэз. 27

II. Об'ектыўнае дасьледваньне. 30

1. *Знадворнае дасьледваньне* . . . . —
2. *Унутранае і комбінаванае дасьледваньне* 32
3. *Дасьледваньне праз прамую кішку* (рэкральнае дасьледваньне). 36
4. *Інструмантальнае дасьледваньне* 38
5. *Пробнае выскабленьне* 44
6. *Высяканьне* (экцызія) *кавалачкаў для мікроскопічнага дасьледвиньня* . . . . —
7. *Пробная пункцыя* . . . . —
8. *Дасьледваньне выдзяленьняў* 45
9. *Цыстоскопія* . . . . . .
10. *Дасьледваньне крыві* . . . . .

Стар.

РАЗЬДЗЕЛ ТРЭЦІ

Сымптоматолёгія жаночых хвароб.

I. Болі. 47

II. Белі. 48

III. Расстройствы мэнструацый.

1. *Дысмэнорэя* 49
2. *Амэнорэя* 50
3. *Мэнорагія* 51
4. *Мэтрорагія* 52

IV. Вагінізм. 53

V. Сьверб у знадворных полавых частках. 54

VI. Расстройствы мачавыпусканьня. 55

РАЗЬДЗЕЛ ЧАЦЬВЕРТЫ

Агульная тэрапія жаночых хвароб

I. Рэжым гінэколёгічных хворых. 58

II. Консэрватыўныя мэтоды лячэньня 59

1. *Спэцыяльна-гінэколёгічныя мэтоды лячэньня.* Спрынцаваньні. Лекавыя клізмы. Пастаянныя абваднеьні. Унутрымацічныя ўпырскваньні, змазваньні і прыпальваньні. Скарыфікацыя. Тампонцыя мацiцы. Лячэньне тампонамі. Пэсарыі . . . . —
2. *Біолёгічныя мэтоды лячэньня жаночых хвароб.* Вакцынотэрапія. Сэротэрапія. Органотэрапія 69
3. *Фармаколёгічныя сродкі.* Крывяспыняльныя. Абязбольваючыя. Рассасваючыя 71
4. *Фізыятрычныя мэтоды лячэньня*: . . . .
   а) Гідротэрапія. Сядзячыя ванны. Гразелячэньне. Холад (лёд). Саграваьныя компрэсы 72
   б) Электротэрапія. Дыятэрмія. Электрычныя ванны . . . 75
   в) Гінэколёгічны масаж 76
   г) Гімнастыка 78
   д) Рэнтгенотэрапія і радыётэрапія 79

РАЗЬДЗЕЛ ПЯТЫ

Опэрацыйнае лячэньне

I. Падрыхтоўка да опэрацыі 83

Опэрацыйная і яе абстаноўка. Стэрылізацыя бялізны і перавязачнага матэрыялу. Стэрылізацыя матэрыялу для швоў. Стэрылізацыя інструмантаў. Стэрылізацыя шчотак. Абеззаражваньне рук. Пальчаткі . —

II. Падрыхтоўка хворай да опэрацыі 87

III. Абязбольваньне (наркоз). 89

1. *Агульны наркоз* . . . . —
2. *Мясцовае абязбольваньне* 91

Стар

IV. Пасьляопэрацыйны пэрыод . . . 96

1. *Догляд за хворай* . . . —
2. *Аскладненьні ў пасьляопэрацыйным пэрыодзе* . . . 100

V. Гінэколёгічны інструмантары . . . 103

РАЗЬДЗЕЛ ШОСТЫ

Опэрацыйныя ўмяшаньні

1. *Пластыка прамежжа і похвы* . . . 110
2. *Расьсячэньне шыйкі мацыцы* . . . 111
3. *Ампутацыя шыйкі мацыцы* . . . —
4. *Выдаленьне мацічных паліпаў* . . . —
5. *Выскабленьне поласьці мацыцы* (abrasio) . . . 112
6. *Опэрацыя Аляксандар-Адамса* . . . 114
7. *Брушное чэравасячэньне (ляпаратомія)* . . . 115
8. *Похвавае чэравасячэньне* . . . 116

РАЗЬДЗЕЛ СЁМЫ

Гінэколёгічныя захворваньні

I. Парокі разьвіцьця . . . 117

Парокі разьвіцьця знадворных полавых органаў. Зарастаньне дзявочай плявы і похвы (атрэзія). Звужэньне похвы (стэноз). Парокі разьвіцьця мацыцы і похвы. Аномаліі разьвіцьця мацыцы і похвы. Парокі разьвіцьця яечнікаў і труб . . . 117

II. Няправільныя палажэньні мацыцы . . . 122

1. *Зьмяшчэньні мацыцы* . . .
2. *Нахіленьні мацыцы* . . . 124
3. *Перагібы мацыцы* . . . 125
4. *Апусканьне і выпаданьне мацыцы* . . . 128
5. *Вывараты мацыцы* . . . 132

РАЗЬДЗЕЛ ВОСЬМЫ

Успаляльныя процэсы полавых органаў

I. Успаляльныя процэсы нямікробнага паходжаньня . . . 135

II. Інфэкцыйныя ўспаляльныя процэсы . . . 137

1. *Гонорэя*. Гонорэйны вульвіт. Гонорэйны ўрэтрыт. Гонорэйны цыстыт. Гонорэйны вагініт. Гонорэйнае ўспаленьне мацыцы (мэтрыт). Гонорэйнае ўспаленьне фалёпіевых труб. Гонорэйнае ўспаленьне яечнікаў (асфорыт). Гонорэйнае ўспаленьне тазавай брушыны (пэльвэпэрытоніт). Лячэньне гонорэйных захворваньняў . . . —
2. *Сыфіліс* . . . 145

Стар.

3. *Тубэркулёз* 147
4. *Сэптычныя захворваньні* 148
а) Мясцовыя сэптычныя працэсы 149
б) Агульнае сэптычнае заражэньне. Агульны разьліты гнойны пэрытоніт. Сэптычныя тромбафлебіты. Піэмія. Сэптыцэмія. Сэпсіс. Лячэньне 152

РАЗЬДЗЕЛ ДЗЕВЯТЫ

Пухліны

I. Рэтэнцыйныя кісты. 158
Кісты Бартолініевых залоз. Кісты похвы. Кісты фалёпіевых труб. Кісты яечнікаў . . . . —

II. Новаўтварэньні.
1. *Добраякасныя наваўтварэньні.* Фіброміёмы. Кістомы яечнікаў . . 160
. *Злаякасныя новаўтварэньні.* Рак (карцынома, канцэр) Рак знадворных полавых органаў і похвы Рак шыйкі маціцы. Рак цела маціцы. Рак яечнікаў. Саркомы. Саркомы маціцы. Саркомы яечнікаў. Хорыонэпіталіома 166

РАЗЬДЗЕЛ ДЗЕСЯТЫ

Пашкоджаньні жаночых полавых органаў

I. Іншародныя целы ў похве і маціцы. 175
II. Сьвішчы 176

РАЗДЗЕЛ АДЗІНАЦЦАТЫ

Бясплоднасьць

Прычыны жаночай бясплоднасьці 179
Прадказаньне і лячэньне бясплоднасьці 180

РАЗЬДЗЕЛ ДВАНАЦЦАТЫ

Гігіена жанчыны

Гігіена пэрыоду полавага разьвіцьця 182
Гігіена пэрыоду полавай сьпеласьці. 183
Гігіена шлюбу і полавага жыцьця. 187
Гігіена клімактэрычнага пэрыоду. 189

ДАДАТАК ПЕРШЫ

Супроцьзачатачныя сродкі. 191

ДАДАТАК ДРУГІ

Рэцэптурныя формулы. 197

АД РЭДАКТАРА

Ужо даўно адчуваецца патрэба ў падручніку па гінэколёгіі для слухачоў акушэрскіх тэхнікумаў. Выданыя да гэтага часу дапаможнікі не задавальняюць тым патрабаваньням, якія прад'яўляюцца савецкай мэдыцынай і не адпавядаюць програме, выпрацаванай для акушэрскіх аддзяленьняў мэдтэхнікумаў. Таму студэнткам акушэрскіх мэдтэхнікумаў і працуючым акушэркам прыходзіцца карыстацца вялікімі дапаможнікамі, прызначанымі для спэцыялістаў-гінэколёгаў і зьмяшчаючымі ў сабе шмат непатрэбнага і недаступнага для разуменьня навучаючыхся матэрыялу.

Праца, прапануемая аўтарам, не заключае ў сабе дэфэктаў старых кароткіх падручнікаў і ня мае балясту падрабязных дапаможнікаў. Апрача таго, напісана яна простай, выразнай, агульнадаступнай мовай і ў стылі, больш або менш адпаведным агульнай і мэдычнай адукацыі слухальніц. Калі-ж прыняць яшчэ пад увагу адсутнасьць такога падручніка на беларускай мове, то зьяўленьне яго ў друку трэба лічыць зусім своечасовым.

У прыватнасьці, лічу сваім абавязкам адзначыць, што аўтар удала справіўся са сваёй задачай. Апрача ўводзін, дзе даволі ярка паказаны роля і задачы акушэркі ў справе аздараўленьня працоўных жанчын, аўтар заканчвае кожны разьдзел указаньнем на тыя практычныя веды, якія акушэрка павінна цьвёрда засвоіць і якімі яна павінна кіравацца ў сваёй штодзеннай рабоце. Аўтар імкнецца завастрыць увагу акушэркі на тых мясцох кожнага разьдзелу, якія трактуюць аб яе абавязках у якасьці памочніка ўрача і аб яе самастойнай рабоце пры адсутнасьці ўрача, калі яна прадастаўлена сваім уласным сілам і павінна працаваць на раёне, асабліва ва ўмовах колгаснага жыцьця.

Вартасьць данага падручніка павялічваецца яшчэ тым, што ў ім адведзена даволі месца профіляктыцы—гэтаму галоўнаму стрыжаню, на якім концэнтруецца ўвага савецкай мэдыцыны.

Удала складзены таксама два „дадаткі" ў канцы падручніка. У першым заканчваецца даволі падрабязны агляд „супроцьзачатачных сродкаў", якім даецца правільная ацэнка, а ў другім прыведзены ў прасьцейшай форме важнейшыя „рэцэптурныя формулы", якімі акушэрка можа карыстацца для прапісваньня хворым неабходнага лякарства ў выпадку адсутнасьці доктара.

Наогул-жа падручнік можа быць рэкомэндаваны ў якасьці дапаможніка і даведніка для слухальніц мэдтэхнікумаў і заслугоўвае шырокага распаўсюджваньня сярод іх і іншых асоб сярэдняга мэдычнага пэрсоналу.

3/1—1932 г. Профэсар *М. Выдрын.*

ПРАДМОВА

Гэты дапаможнік прызначаецца для слухальніц акушэрскіх і іншых тыпаў мэдтэхнікумаў і складзены згодна програмы, выпрацаванай Галоўпрафасьветы РСФСР. Пры ўкладаньні яго галоўная ўвага звярачалася на тое, каб даць слухальніцам магчыма больш практычных ведаў і завастрыць іх увагу на тых пытаньнях, з якімі яны часьцей за ўсё будуць сустракацца ў сваёй штодзеннай рабоце, і на тых выпадках, дзе ім прыдзецца праяўляць асаблівую актыўнасьць. А таму мы не ўдаваліся ў падрабязныя тэорытычныя разважаньні, мы таксама не апісалі дэтальна ўсіх інструмантаў і апаратаў, не паказалі падрабязны ход опэрацый і іншых прыёмаў, лічачы, што ніякае, нават самае дэтальнае апісаньне або паясьняльнае чытаньне, і ніякія, нават самыя мастацкія ілюстрацыі ня могуць замяніць практычных заняткаў каля ложка хворай і наглядпага вывучэньня прадмета пад кіраўніцтвам выкладчыка. Падручнік мае на мэце даць магчымасьць слухальніцам паўтарыць праслуханае на занятках і аднавіць у памяці забытае. У некаторых выпадках ён можа служыць таксама даведнікам для працуючых акушэрак і мэдычных сясьцёр.

У гэтым дапаможніку сустракаюцца паўтарэньні па адным і тым самым пытаньні. Паўтарэньні гэтыя часткова няўхільны, часткова яны зроблены наўмысна, з мэтай больш глыбокага ўнядрэньня і ўмацаваньня ў памяці слухальніц вышэйшых навуковых прынцыпаў і практычных ведаў.

Стымулам для выданьня гэтага дапаможніка паслужыла разгорнутая зараз падрыхтоўка новых кваліфікаваных кадраў сярэдняга мэдпэрсоналу, а таксама поўная адсутнасьць падручнікаў па гінэколёгіі для акушэрак на беларускай мове ў той час, калі навучаньне ў мэдтэхнікумах вядзецца на роднай мове пераважнай большасьці слухачоў.

У заключэньні выказваю падзяку паважанаму профэсару М. Л. Выдрыну, за тое, што ён узяў на сябе працу па рэдагаваньні падручніка, і за зробленыя ім каштоўныя ўказаньні пры ўкладаньні яго.

Аўтар.

УВОДЗІНЫ

РОЛЯ І ЗАДАЧЫ АКУШЭРКІ І ІНШЫХ АСОБ СЯРЭДНЯГА МЭДПЭРСОНАЛУ Ў СПРАВЕ АЗДАРАЎЛЕНЬНЯ ПРАЦОЎНЫХ ЖАНЧЫН

Наша краіна будуе соцыялізм, моцны фундамант якога ўжо закладзены. Гэта будаўніцтва ідзе высокімі і хуткімі тэмпамі, якіх ня ведае ніводная капіталістычная дзяржава. У будаўніцтва ўцягнуты ўсе жывыя і актыўныя сілы краіны. І жанчына паступова адыходзіць ад гаршка і ночваў і прымае актыўны ўдзел у прамысловым, грамадзкім і палітычным жыцьці краіны. Праца разьняволенай жанчыны ўкараняецца ва ўсе галіны народнай гаспадаркі і ва ўсе ўрадавыя, дзяржаўныя і грамадзкія ўстановы і арганізацыі. Для таго, каб праца яе была продукцыйнай, каб яна была цэнным і карысным работнікам ва ўсіх галінах сваёй дзейнасьці, неабходна аздараўленьне яе організму, яе быту і ўмоў працы. У горадзе шмат чаго ўжо зроблена для жанчыны ў гэтых адносінах, але многа яшчэ не дароблена; у вёсцы-ж для працоўнай жанчыны зроблена пакуль што менш. Вясковая жанчына патрабуе дапамогі ад усіх культурных сіл краіны і— ў першую чаргу—ад мэдычнага пэрсоналу, бо вучастак аховы здароўя значна адстае ад росту соцыялістычнага будаўніцтва ў вёсцы. Таму ў сучасны момант востра стаіць пытаньне аб неабходнасьці аздараўленьня быту і ўмоў жаночай працы ў аграмаджаным сэктары вёскі і аб правільным вырашэньні задач, якія ставіць сабе ахова мацярынства і маладзенства.

Савецкая мэдыцына, у параўнаньні з дарэволюцыйнай, стаіць на новых рэйках і ідзе па іншым шляху. Яна вымагае ад мэдпэрсоналу, каб ён не абмяжоўваўся сваёй профэсыянальнай лекавай работай; яна высоўвае на першы плян санітарна-профіляктычную работу, бо сутнасьць мэдыцыны заключаецца не ў адным лячэньні, а галоўным чынам, у папярэджаньні хвароб, г. зн. у профіляктыцы.

Апрача таго, кожны ўрач, кожная акушэрка і мэдычная сястра павінны прымаць удзел у грамадзкай і палітычнай рабоце; яны ня могуць заставацца апалітычнымі і бязудзельнымі гледачамі будуючыхся новых форм грамадзкага жыцьця. Кожны мэдычны работнік павінен расшыраць круг сваіх абавязкаў ня толькі ўнутры ўстаноў, дзе ён працуе, але і па-за сьценамі іх; раённы мэдычны работнік павінен зьвязаць работу сваёй установы з бытам соцыялістычнага сэктару, які ён абслугоўвае.

Як многа можа зрабіць акушэрка ў справе аховы мацярынства і младзенства, аздараўленьня быту і ўздыму культурнага ўзроўню працоўнай жанчыны! Асабліва ў вёсцы, на вучастку яна можа разгарнуць вялізарную і карысную работу. А работы тут непачаты край і магчымасьці вялікія. Блізкасьць акушэркі да жанчыны, сувязь, што ўстанаўліваецца паміж імі ў часе родаў, агульная мова, якую яны могуць знайсьці, давер'е, якое зьяўляецца з часам—усё гэта можа быць магутным рычагом у справе перавыхаваньня вясковай работніцы, усё гэта дае акушэрцы магчымасьць весьці шырокую санітарна-асьветніцкую работу сярод жанчын і падняць іх культурны ўзровень. Поле дзейнасьці для акушэркі надзвычайна шырокае, і на гэтай ніве яна можа пажаць багатыя плады.

Кожная акушэрка і кожная мэдычная сястра перш за ўсё павінны весьці бязьлітасную барацьбу з шаптунствам, павітуствам, з пашыранымі прымхамі і забабонамі і рэлігійнымі вераваньнямі, якія зацямняюць разум сялянкі і дзякуючы якім яна набывае сабе розныя хваробы, раней часу старэе і робіцца непрацаздольнай і інвалідам.

Акушэрка павінна аддаць свае сілы справе ліквідацыі няпісьменнасьці на сваім вучастку і пашырэньня навуковых ведаў сярод мас. Пісьменнасьць—гэта вялікая сіла, якая перамагае цемру і невуцтва.

Пры ўсеагульнай пісьменнасьці зьнікае і санітарная няграматнасьць.

Акушэрка павінна растлумачыць сялянцы ўсе перавагі колектыўнай працы і ўкараніць у яе розум і сузнаньне, што толькі пры колектывізацыі, пры аграмаджаньні працы магчыма правядзеньне розных мерапрыемстваў па ахове яе здароўя, што толькі ў саўгасах, колгасах і комунах магчыма організацыя ясьляй, дзіцячых пляцовак, дзіцячых консультацый, консультацый для цяжарных, акушэрскіх пунктаў, радзільных ложкаў і т. д. Аку-

шэрка павінна ўцягнуць у гэтую справу ўсе актыўныя элемэнты вёскі і агульнымі намаганьнямі дабіцца пабудовы гэтых бытавых установ у тых мясцох, дзе іх яшчэ няма.

Акушэрка не павінна абмяжоўвацца дапамогай у часе родаў або прапісваньнем кропель хворай жанчыне, але яна павінна пры кожным зручным выпадку, на кожным кроку растлумачваць жанчыне вялікае значэньне гігіены. Яна павінна мобілізаваць усе свае веды і ўсе навуковыя даныя, каб даказаць жанчыне ўсю шкоду негігіенічнага і антысанітарнага жыцьця, даказаць, што бруд і розныя шкодныя прывычкі зьяўляюцца крыніцай розных захворваньняў, што ўтрыманьне ў чыстаце свайго цела, адзеньня, харчоў, жыльля, двара, калодзежу і т. д. можа пазбавіць яе ад многіх пакут. Яна павінна навучыць дзяўчыну, як ахоўваць сваё здароўе ў часе полавага пасьпяваньня і полавай сьпеласьці, навучыць жанчыну, як выконваць правілы полавай гігіены, як трэба трымаць сябе ў часе цяжарнасьці, дзе і пры якіх умовах праводзіць роды і пасьляродавы пэрыод, як трэба ўскормліваць дзіця, каб застацца здаровай маткай і выхаваць здаровае патомства. Колькі людзей можа выратаваць акушэрка, калі ёй удасца вырваць вясковую работніцу з брудных рук бабкі-павітухі і навучыць матак правільна ўскормліваць сваіх грудных дзяцей!

Акушэрка нямінуча будзе сутыкацца з пытаньнем аб перапыненьні непажаданай цяжарнасьці. Яна можа пазбавіць многіх жанчын ад сур'ёзных захворваньняў і нават сьмерці, калі яна будзе накіроўваць іх у адпаведныя лекавыя ўстановы для ўтварэньня аборту і такім чынам вырве гэтыя афяры з падпольля.

Да акушэркі будуць зварочвацца за парадай, як унікнуць цяжарнасьці. Акушэрка павінна папулярызаваць і шырока агітаваць за ўжываньне супроцьзачатачных сродкаў, каб жанчыне не прыходзілася рабіць аборту, які зьяўляецца сур'ёзнай небясьпекай для яе здароўя нават у тым выпадку, калі ён праводзіцца пры самых спрыяючых умовах. Таму акушэрка павінна накіроўваць жанчын да ўрача або ў консультацыю, дзе яны атрымаюць належную параду і дзе іх навучаць, як карыстацца данымі ім сродкамі.

Акушэрка павінна ўсімі сіламі змагацца супроць пашырэньня інфэкцыйных і соцыяльных хвароб. Пры зьяўленьні якой небудзь эпідэмічнай хваробы ў вёсцы яна сваёй санітарна-асьветніцкай работай і сваімі разумнымі ўказаньнямі можа значна паслабіць распаўсюджаньне заразы. Яна можа таксама дасягнуць вялізарных

посьпехаў у барацьбе з бытавым сыфілісам, гонорэяй, тубэркулёзам, трахомай і іншымі соцыяльнымі хваробамі, якія засталіся нам у спадчыну ад царскага, памешчыцкага і капіталістычнага ладу.

Вядучы культурна-асьветніцкую работу, акушэрка павінна стаць у рады барацьбітоў супроць алькоголізму. Яна павінна змагацца разам з усімі грамадзкімі організацыямі на вёсцы за організацыю школы, хаты-чытальні, клюбу і за організацыю разумных забаў, каб паралізаваць тую шкоду, якая наносіцца асобнаму індывідыуму, сям'і, грамадзтву і дзяржаве алькогольным ядам.

Акушэрка ў сваёй штодзеннай рабоце будзе сутыкацца з шматлікімі захворваньнямі жаночай полавай сфэры, са скаргамі на боль, крывяцячэньне і т. д. Сярод гэтых хворых могуць быць і такія, у якіх ёсьць пачатковая стадыя раку мацицы, ад якога паміраe вялікая колькасьць жанчын. І вось акушэрка, пры самым малым падазрэньні на наяўнасьць у жанчыны гэтай страшэннай хваробы, павінна, ня трацячы часу, у самым сьпешным парадку накіраваць такую хворую ў больніцу, дзе своечасовай дапамогай яна можа быць выратавана ад нямінучай гібелі.

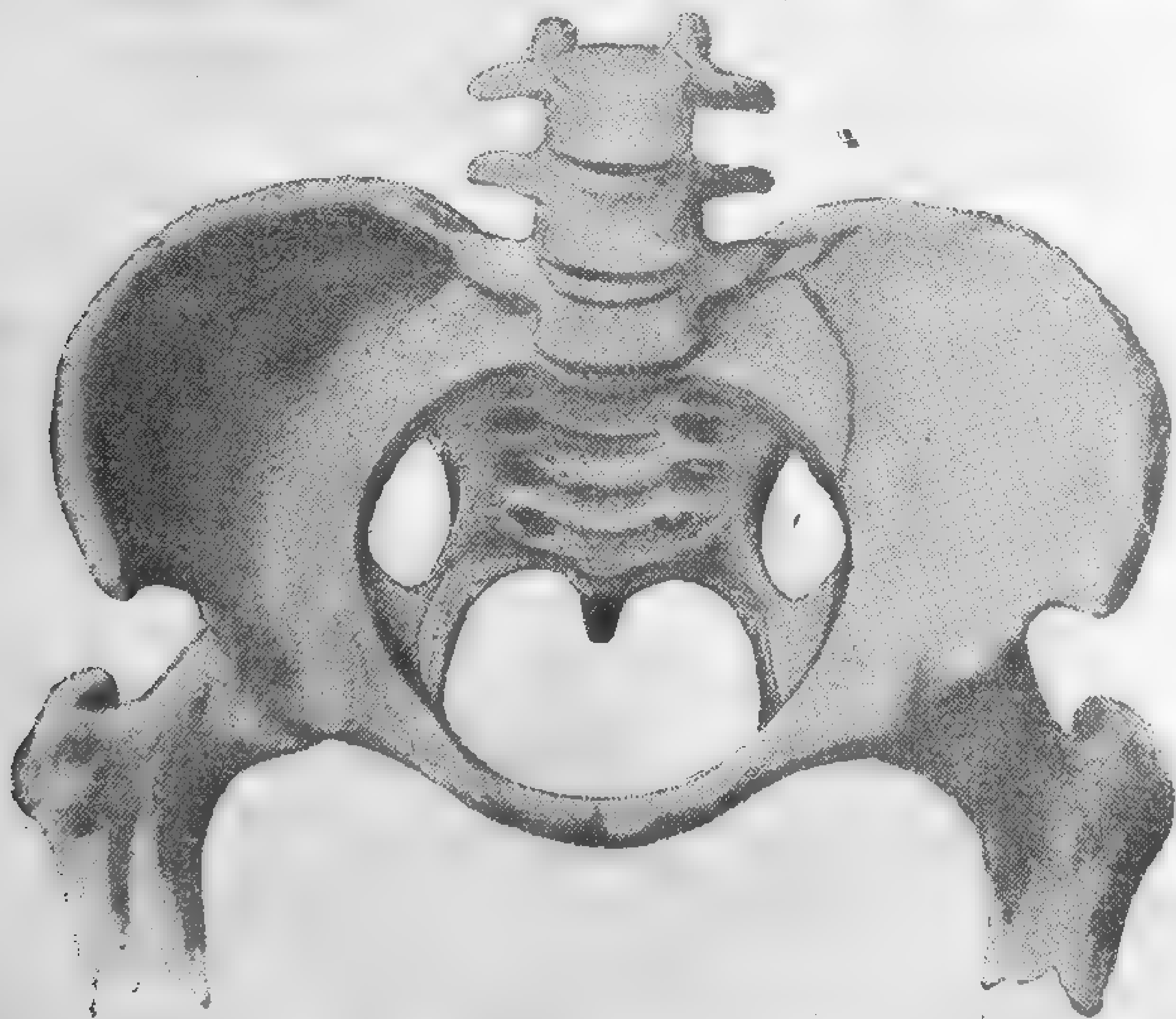
Пры ўсёй санітарна-асьветніцкай і грамадзкай рабоце, пры ўсёй барацьбе на культурным фронце, акушэрка павінна ўладаць мэдычнымі ведамі, павышаць сваю кваліфікацыю і ў мэтах набыцьця давер'я да сябе выяўляць сябе як мэдычнага работніка, які можа орыентавацца і падаваць параду і неабходную дапамогу ва ўсіх цяжкіх выпадках сваёй практыкі. Будучы падкаванай тэорэтычна і практычна і будучы сама політычна граматнай, яна дасягне таго, што голас яе будзе гучэць упэўнена і пераконана і тады жанчыны, якія ёю абслугоўвацца, зробяцца санітарна граматнымі, культурнымі, здаровымі і актыўнымі будаўнікамі соцыялізму пад кіраўніцтвам комуністычнай партыі.

Такім чынам, задачы савецкай акушэркі вялікія і роля яе ў аздараўленьні жанчыны і яе бытавых умоў вельмі значная і ўдзячная.

РАЗЬДЗЕЛ ПЕРШЫ

КАРОТКІ НАРЫС АНАТОМІІ І ФІЗЫОЛЁГІІ ЖАНОЧЫХ ПОЛАВЫХ ОРГАНАЎ

Жаночыя полавыя органы разьмешчаны ўнізе жывата, у так званым малым тазе, які абкружан сьпераду лоннымі, з бакоў—сядальнымі касьцямі, а ззаду і зьнізу—крыжовай і хвастовай касьцямі. Лонная дуга таза ў жанчыны значна шырэй, чым



Мал. 1. Таз жанчыны.

у мужчыны, бо лабковыя косьці ў жанчыны злучаюцца ў лонным зрашчэньні пад тупым вуглом, а ў мужчыны—пад вострым або прамым вуглом (мал. 1).

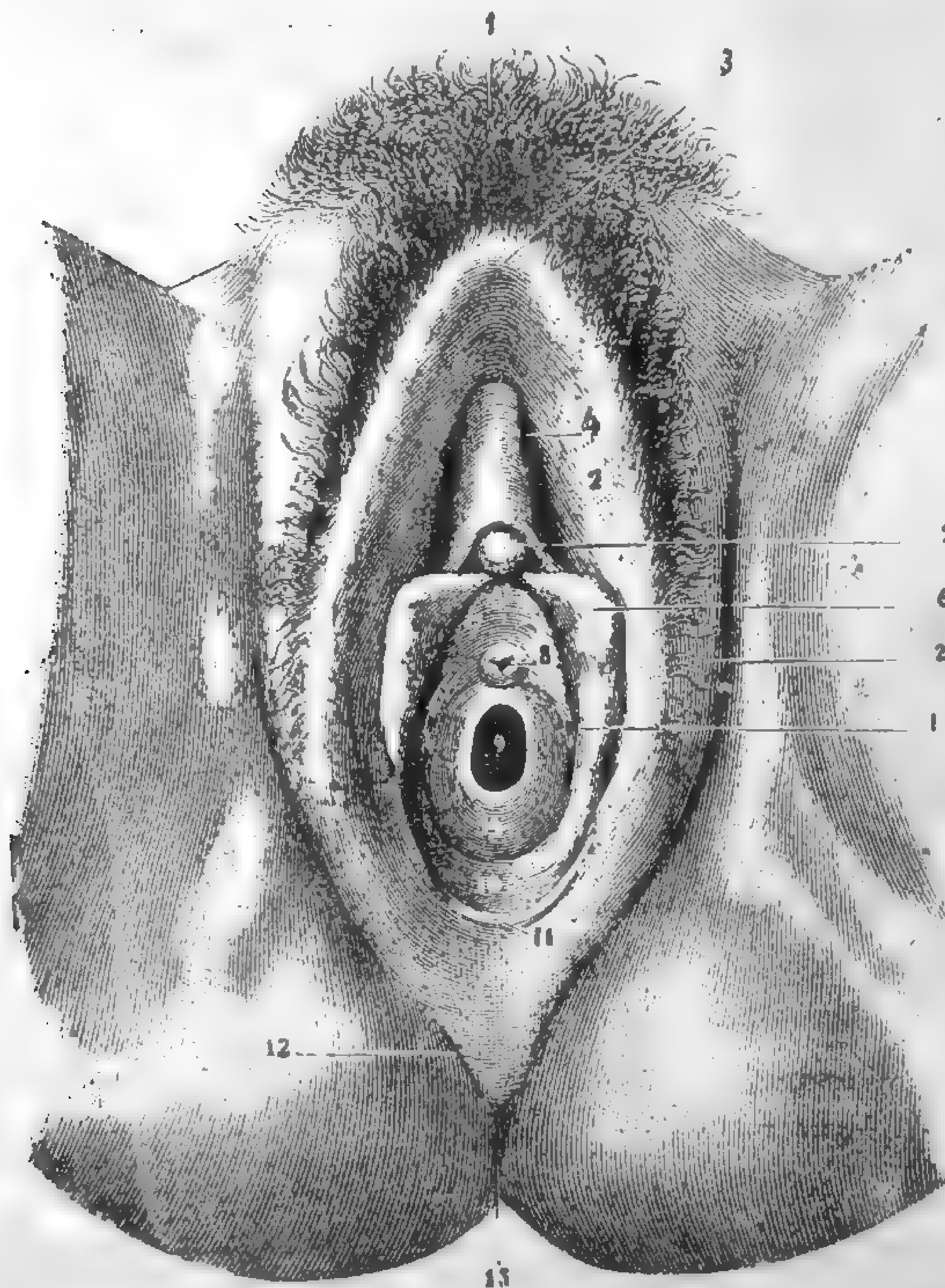
Полавыя органы жанчыны падзяляюцца на знадворныя і ўнутраныя.

I. ЗНАДВОРНЫЯ ПОЛАВЫЯ ОРГАНЫ (Vulva)

Сюды належаць (мал. 2):

1. **Лабковы бугор або лабок** (Mons veneris). Ён зьмяшчаецца на лонным сучляненьні і становіць сабой скапленьне тлушчавай тканкі пад скурай, якая к часу наступленьня полавай сьпеласьці пакрываецца валасамі. Адсутнасьць валасоў, або нязначная іх колькасьць сьведчыць аб недаразьвітасьці полавых органаў.

2. **Вялікія полавыя губы** (Labia majora pudenda). Яны ідуць уніз і ўзад ад лабка і становяць сабой дзьве закругленыя складкі скуры, якія маюць вялікую колькасьць потавых залоз і нязначную колькасьць валасоў на знадворнай паверхні. Скура ўнутранай паверхні вялікіх губ тонкая, далікатная і ўнізе робіцца вільготнай. Зьверху абедзьве губы выходзяцца пад лабком, а ззаду яны злучаюцца пры дапамозе скурнай паўсерпаватай складкі, якая носіць назву задняй спайкі. Гэтая спайка пры першых родах часта крыху разрываецца. У дзяўчын абедзьве губы прылягаюць адна да аднэй, ствараючы полавую шчыліну і ахоўваючы такім чынам полавы канал ад трапленьня туды пылу і ўсякага бруду. У раджаўшых жанчын полавая шчыліна шырэйшая і крыху зьзяе.



Мал. 2. Знадворныя полавыя органы дзяўчыны. Вялікія і малыя губы расхілены. 1—лабок; 2—вялікія губы; 5—клітар; 6—малыя губы; 8—мачавыпускальная адтуліна; 9—уваход у похву, акружаны дзявочай плявой (14); 11—задняя спайка; 12—прамежжа; 13—задні праход; 15—адтуліны Бартолініевых залоз.

3. **Прамежжа** (Perineum). Ад задняй спайкі да задняга праходу (anus) ідзе шчыльны цяглічны мост, пакрыты тонкай эластычнай скурай. Ён займае адлегласьць прыблізна ў 3—4 *см.* Гэтая частка носіць назву прамежжа. Яна зьяўляецца часткаю тазавага дна. Прамежжа ў часе першых родаў часта ў большай або меншай ступені разрываецца, і гэтыя разрывы нярэдка служаць прычынай апусканьня і выпаданьня похвы маціцы.

4. **Малыя полавыя губы** (Ladia minora pudenda). Яны разьмешчаны паміж вялікімі губамі і маюць выгляд дзьвюх далікатных складак скуры, падобных да сьлізьніцы. Ззаду малыя губы паступова зьліваюцца з унутранай паверхняй вялікіх губ, але часамі яны дасягаюць значнай велічыні і выступаюць з-за вялікіх губ.

5. **Клітар** зьмяшчаецца сьпераду і зьверху, некалькі ніжэй месца злучэньня вялікіх губ, дзе зыходзяцца малыя губы. Верхнія складкі яго называюцца крайняй плоцьцю клітара (praeputium). Пад ёю выступае г а л о ў к а клітара. Клітар складаецца з двух пячорыстых цел, якія пры раздражненьні, дзякуючы прытоку крыві ў іх губкаватую тканку, набракаюць. Пашкоджаньне тканкі клітара ў часе родаў можа выклікаць вялікае крывяцячэньне, якое часта вымагае мэдычнай дапамогі.

6. **Адтуліна мачавыпускальнага каналу** (orificium urethrae) знаходзіцца ўнізе, пад клітарам. Побач з ім знаходзіцца некалькі невялікіх, сьлепа закончаных паглыблінак — параўрэтральныя ходы.

7. **Дзявочая плява** (Humen). Больш глыбокая частка полавай шчыліны, уніз ад адтуліны мачавыпускальнага каналу, называецца прысенкам похвы (vestibulum vaginae), які аддзяляецца ад самой похвы тонкай абалонкай, што носіць назву дзявочай плявы. Яна бывае рознай велічыні і рознай формы. У дзявочніц яна большай часткай мае колцападобную форму і адтуліна яе рэдка прапускае нават адзін палец. Часамі яна мае серпападобную, рашотчастую або махрастую форму. Плява часамі бывае малых разьмераў і ў вельмі рэдкіх выпадках можа адсутнічаць. Праз адтуліну гімена свабодна выцякаюць як нормальныя, так і ненормальныя выдзяленьні похвы і маціцы, мэнструальная кроў і крывяністыя выдзяленьні іншага паходжаньня. Пры першых полавых зносінах

дзявочая плява разрываецца ў некалькіх мясцох, прычым надрывы гэтыя суправаджаюцца нязначным крывяцячэньнем. Толькі ў рэдкіх выпадках яно бывае настолькі значным, што прымушае зварачацца за ўрачэбнай дапамогай.

Трэба адзначыць, што назіраюцца выпадкі, калі ні першыя, ні наступныя полавыя зносіны ня цягнуць за сабою разрыву дзявочай плявы і, значыць, крывяцячэньня ня выклікаюць. Гэта бывае ў тых выпадках, калі плява надзвычайна эластычная, калі яна мае махрастую форму, калі ў ёй ёсьць прыроджаныя выемкі або калі яна бывае невялікіх разьмераў з шырокай адтулінай і, вядома, у выпадку прыроджанай адсутнасьці плявы.



Мал. 3. Уваход у похву ў жанчыны, якая раджала.

У жанчын, якія жылі полавым жыцьцём, а тым больш у раджаўшых, ёсьць толькі рэшткі (шматкі) разадранай дзявочай плявы. Уваход у похву ў такіх выпадках свабодна прапускае 2 пальцы (мал.3).

У тоўшчы ніжняй часткі вялікіх губ закладзены так званыя бартолініевы залозы. Іх выводныя пратокі адкрываюцца на ўнутранай паверхні ў ніжняй частцы малых губ у выглядзе кропкавых адтулін. Гэтыя залозы губ выдзяляюць сакрэт, які робіць полавую шчыліну і ўваход у похву вільготнымі.

II. УНУТРАНЫЯ ПОЛАВЫЯ ОРГАНЫ

За дзявочай плявой зьмяшчаюцца ўнутраныя полавыя органы: похва, маціца, яйцаходы або фалёпіевы трубы і яечнікі.

1. **Похва** (Vagina)—гэта цяглічны канал, які пачынаецца ад адтуліны дзявочай плявы, цягнецца на працягу 10—12 *см* уверх і верхняй часткай ахапляе з усіх бакоў похвавую частку маціцы, утвараючы вакол яе зводы: папярэдні, задні і два бакавых. З прычыны таго, што задняя сьценка похвы даўжэйшая за пярэднюю, задні звод больш глыбокі, чым пярэдні. Похва сьпераду цесна зьвязана з мачавыпускальным каналам і ніжняй часткай мачавога пузыра, а ззаду з ніжняй часткай прамой кішкі. Такім чынам похва знаходзіцца паміж мачавым пузыром і прамой кішкой. Яна служыць месцам для полавых зносін, куды выліваецца мужчынскае семя. Праз похву выцякае мэнструальная кроў, а ў часе родаў праходзіць дзіця.



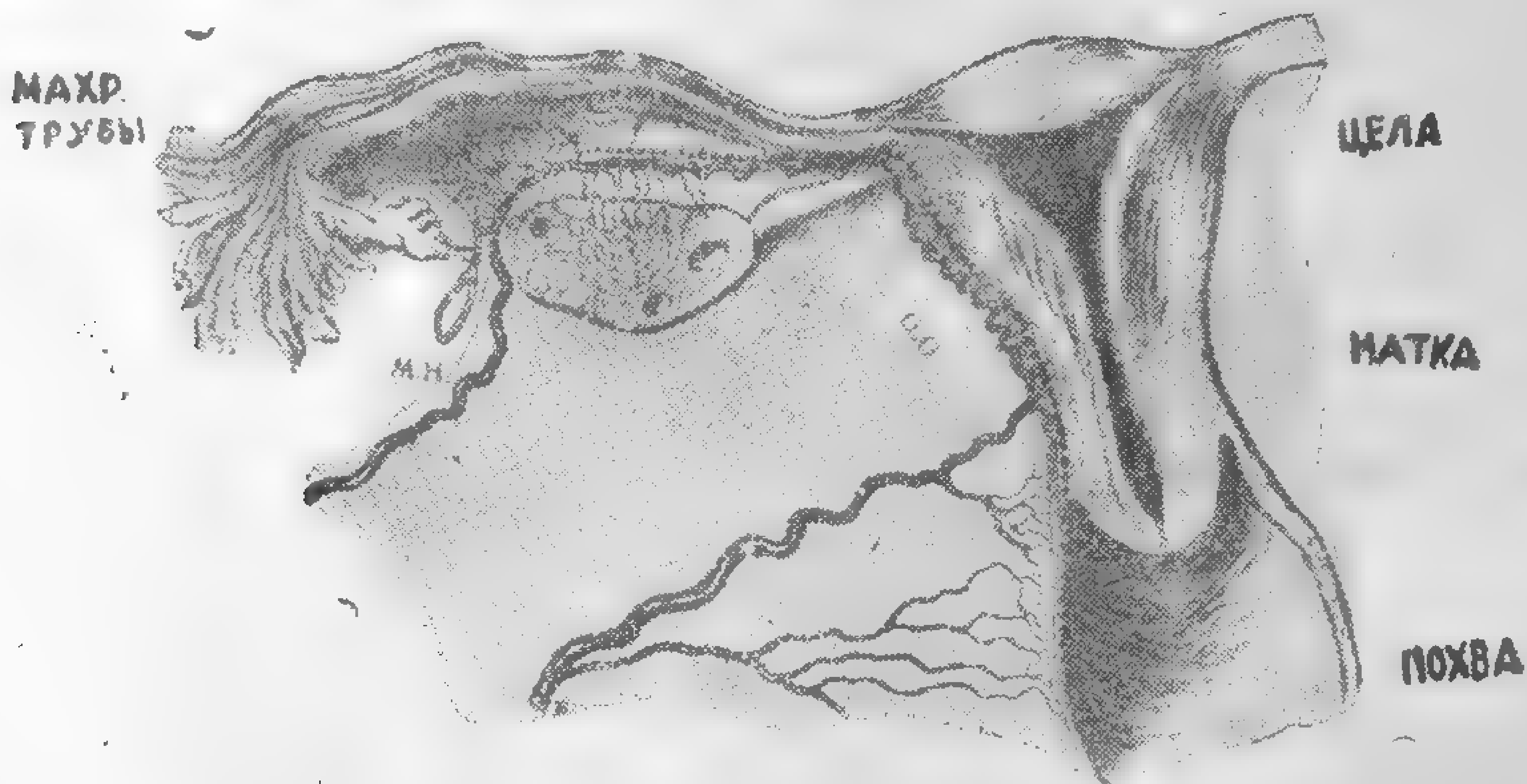
Мал. 4. Сагітальны разрэз жаночых полавых органаў. *T*—труба; *O*—яечнік; *Ut*—маціца; *Vag*—похва; *V*—мачавы пузыр; *Ur*—мачавыпускальны канал; *R*—прамая кішка.

Унутраная паверхня похвы выслана сьлізістай абалонкай, якая ў нераджаўшых жанчын выступае ў выглядзе тлучых упоперак грэбняў (складкі). Пасьля родаў гэтыя складкі згладжваюцца і паверхня похвы робіцца больш або менш гладкай.

У похве здаровай жанчыны ёсьць невялікая колькасьць выдзяленьняў белага колеру. Выдзяленьні гэтыя маюць кіслую рэакцыю,

дзякуючы прысутнасьці ў іх малочнай кіслаты. У похве сустракаюцца палачкі Дэдэрлейна і іншыя бактэрыі, часам нават хваробаўтваральныя. Па наяўнасьці ў похве бактэрый адрозьніваюць чатыры ступені чыстаты похвавага зьмесьціва. Пры першай ступені чыстаты ёсьць толькі адны палачкі Дэдэрлейна. Пры другой ступені сустракаюцца ўжо лейкоцыты і побач з палачкамі Дэдэрлейна крыху кокаў. Пры трэцяй ступені похвавых палачак мала, але затое шмат лейкоцытаў і кокаў. Пры чацьвертай ступені похвавых палачак зусім няма, але ёсьць маса лейкоцытаў, шмат кокаў, сустракаюццца стрэптококі і іншыя бактэрыі. Трэцяя і чацьвертая ступені чыстаты ўказваюць на патолёгічны стан полавага апарата.

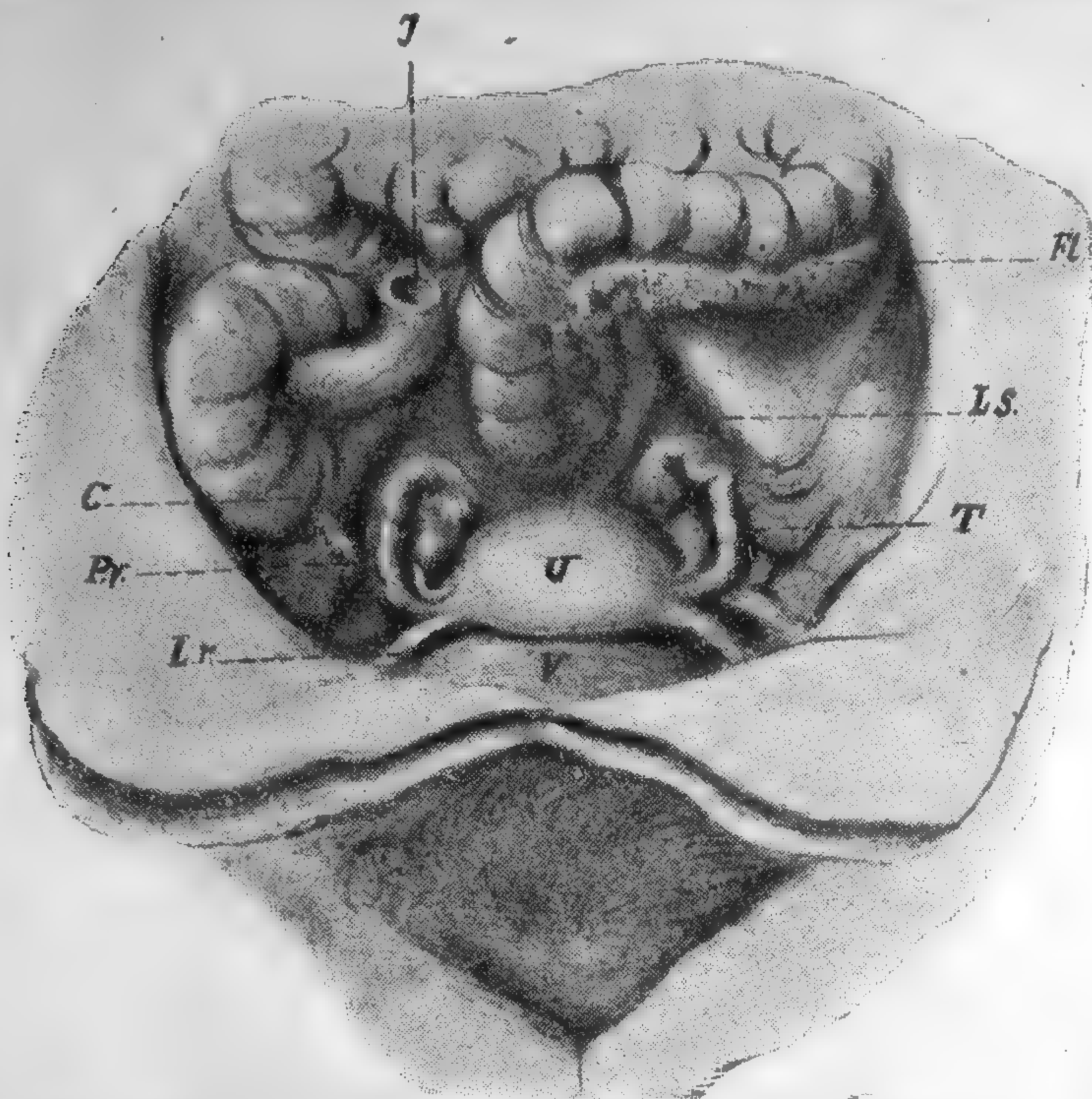
Вызначэньне ступені чыстаты похвавых выдзяленьняў мае вялікае практычнае значэньне. Устанавіўшы, напрыклад, трэцюю



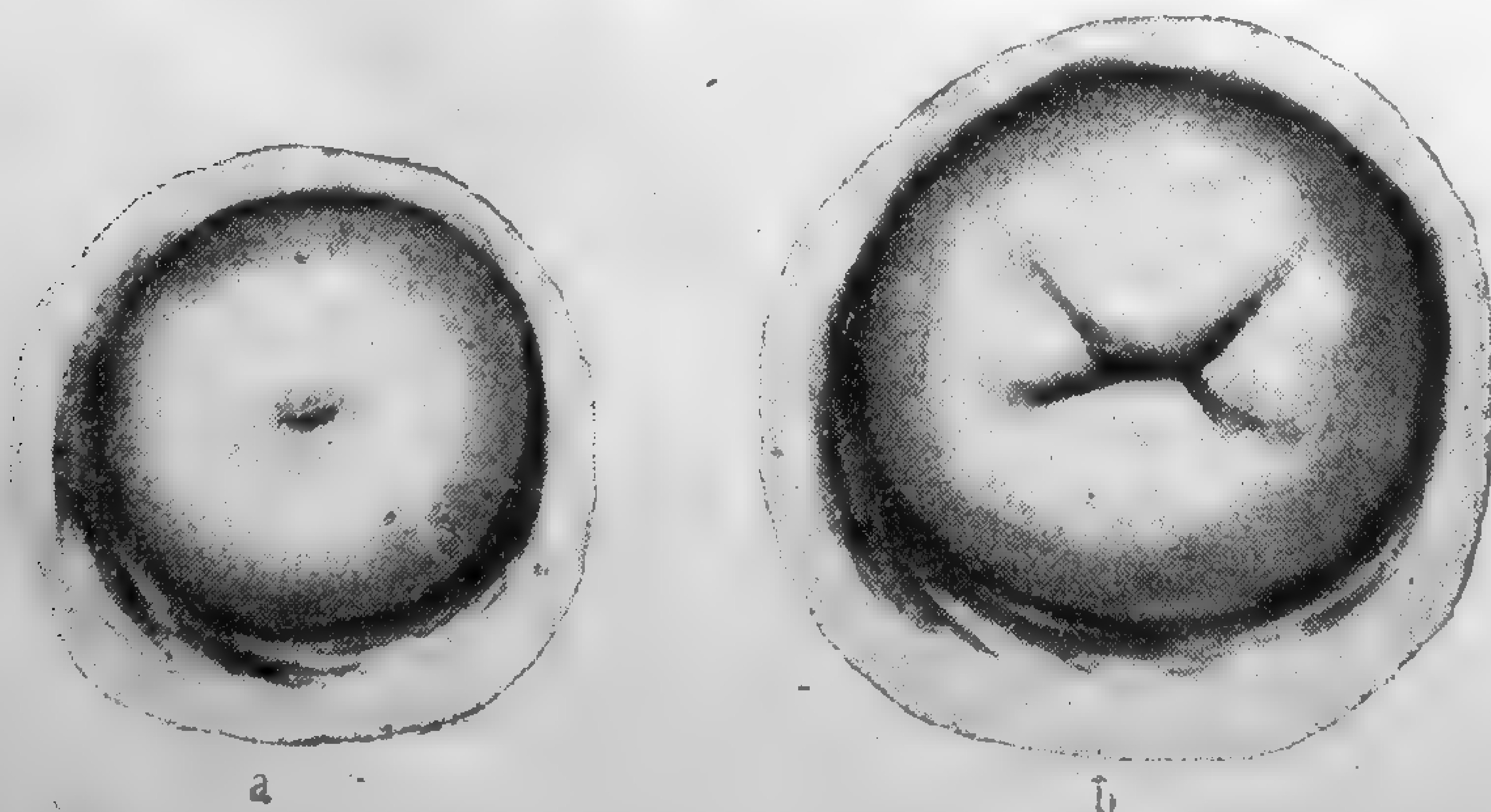
Мал. 5. Фронтальны разрэз маціцы і прыдаткаў.

або чацьвертую ступені чыстаты похвавых выдзяленьняў у жанчыны, якой трэба зрабіць штучны аборт, мы павінны ўстрымацца ад гэтага ўмяшаньня, бо інакш мы рызыкуем занесьці хваробаўтваральныя бактэрыі ў поласьць маціцы, у ляжачыя вышэй шляхі і выклікаць заражэньне організму.

2. **Маціца** (Uterus) становіць сабой мускулісты полы орган, падобны да сплюшчанай у пярэдня-заднім разьмеры ігрушыны. Яна зьмяшчаецца ў малым тазе паміж мачавым пузыром і прамой кішкой. У маціцы адрозьніваюць тры часткі: д н о (Fundus), ц е л а (Corpus) і ш ы й к у (Cervix uteri). Ніжні адрэзак шыйкі ўдаецца ў верхні канец похвы—п о х в а в а я ч а с т к а м а ц і ц ы—і мае ў канцы невялікую адтуліну (мал. 7)—з н а д в о р н ы з е ў (Orifi-

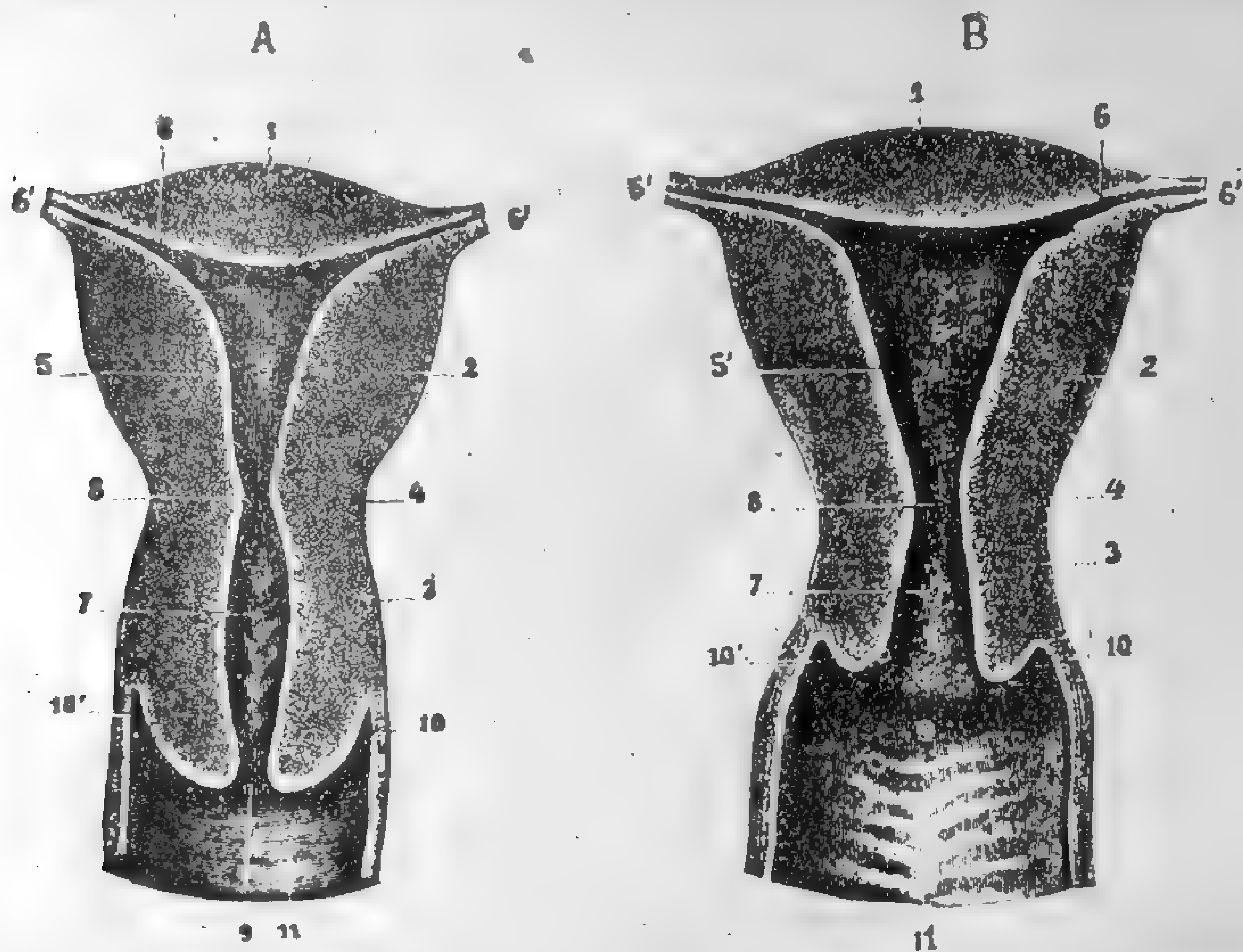


Мал. 6. Жаночыя полавыя органы сумежныя органы (выгляд зьверху). *J*—адрэзак тонкай кішкі; *C*—сьляпая кішка; *P. V*—чарвападобны адростак (апэндыкс); *F. l*—тоўстая кішка; *Ls*—крыжова-мацічныя зьвязкі; *T*—труба; *L. r*—круглыя зьвязкі; *U*—маціца; *Y*—мачавы пузыр.



Мал. 7. Малюнкі похвавай часткі ў люстэрку. *a*—Portio нераджаўшай; *b*—Portio многа раджаўшай.

cium externum). У нераджаўшых жанчын ён мае выгляд папярочнай або круглай шчыліны з гладкімі краямі, а ў раджаўшых жанчын ён мае на сабе надрывы і тады робіцца лейкападобным, шырокім і зьзяючым. Гэтая знадворная шчыліна вядзе ў канал шыйкі, які канчаецца **у н у т р а н ы м з ё в а м** (Orificium internum) і адпавядае граніцы паміж шыйкай і целам маціцы (мал. 8). У гэтым месцы цела маціцы **п е р а г н у т а** крыху наперад, так што паміж шыйкай і целам утвараецца адкрыты к пераду тупы вугал (**а н т э ф л е к с і я**). Апрача таго, уся маціцца **н а х і л е н а** к пераду,



Мал. 8. Фронтальны разрэз праз маціцу: *А*—нераджаўшую, *В*—раджаўшую. 1—дно маціцы; 2—бакавая сьценка; 3—шыйка; 4—пачатак яе; 5—поласьць маціцы; 6—поласьць труб (6'), якія ўпадаюць у маціцу; 7—пальмападобныя складкі; 8—унутраны зёў шыйкі; 9—знадворны зёў; 10—звод похвы; 11—сьценкі похвы.

так што цела яе як-бы ляжыць на мачавым пузыры (**а н т э в э р з і я**).

Такое палажэньне маціцы лічыцца нормальным і ў гэтым палажэньні яна ўтрымліваецца зьвязачным апаратам, тазавым дном, аблягаючым яе брушынай і пухкай калямацічнай клеткавінай (Parametrium). **З ь в я з а ч н ы а п а р а т** маціцы складаецца з наступных зьвязак: а) **к р у г л ы я** (lig. rotunda), ідуць ад вугла маціцы да похвеннага каналу, прайшоўшы праз яго, часткова трацяцца ў тлушчавым пласьце лабка, часткова прымацоўваюцца

да лобкавай косьці; б) крыжова-мацічныя ідуць ад задняй сьценкі мацицы да другой крыжовай хрыбеткі і в) шырокія зьвязкі (lig lata) адыходзяць ад бакоў мацицы і ўпоперак ідуць да бакавых сьценак таза; у іх закладзены судзіны і нэрвы полавага апарата і ніжняя частка мачаточнікаў.

Усе гэтыя зьвязкі зьяўляюцца падвешваючым апаратам у той час, як цягліцы і фасцыі тазавага дна служаць падтрымліваючым апаратам мацицы.

З прычыны таго, што зьвязкам уласьціва элястычнасьць і некаторая расьцягвальнасьць, а калямацічнай клеткавіне—пухкасьць, то мацица вызначаецца пэўнай рухомасьцю, дзякуючы якой яна можа зьмяняць сваё палажэньне пад уплывам суседніх органаў. Так, напрыклад, пры перапоўненым мачавым пузыры, яна адсоўваецца назад, і ўверх, а пры напоўненай калавымі масамі прамой кішцы шыйка мацицы адсоўваецца ўперад, а цела адхіляецца назад.

Тазавае дно, як было ўжо сказана, служыць падтрымліваючым апаратам мацицы. Гэта значыць, што яно скарачэньнем сваіх цягліц аказвае супраціўленьне павышанаму ўнутрыбрушному ціску—і мацица дзякуючы гэтаму не зьмяшчаецца і не апускаецца ўніз.

Сьценкі мацицы складаюцца з трох пластоў: 1) знадворнага—сэрознай абалонкі, якая зьяўляецца часткай брушыны; 2) сярэдняга, які складаецца з моцнай мускулатуры і 3) унутранога—сьлізевай абалонкі, якая высьцілае поласьць мацицы.

Сярэдняя даўжыня поласьці дзявочай мацицы і канала шыйкі (ад знадворнага зёву да дна мацицы) роўна 7 *см.*

Мацица дзякуючы шматлікім залозкам, закладзеным у яе сьлізевай абалонцы, выдзяляе сакрэт, а залозы шыйкі мацицы выдзяляюць сьлізь. Пласток такога зьлізу звычайна закрывае знадворны зёў і перашкаджае пранікненьню бактэрый у поласьць мацицы. Апрача таго, рэгулярна, праз кожныя чатыры тыдні мацица выдзяляе мэнструальную кроў. Але галоўнае прызначэньне мацицы ў тым, што яна служыць месцам для заплодненага яйца, снабжае яго пажыўным матэрыялам у пэрыод яго разьвіцьця, а калі плод пасьпее, яна, дзякуючы скарачэньню сваёй мускулатуры, схваткамі выштурхвае яго вонкі.

3. Фалёпіевы трубы. З абодвух бакоў ад мацицы крыху ніжэй яе дна, адыходзяць фалёпіевы трубы або яйцаходы, адзін у левы, другі ў правы бок. Яны маюць выгляд трубак,

якія паступова расшыраюцца і ляжаць паміж ліісткамі брушыны, пакрываючай верхнія краі шырокіх мацічных зьвязак. Канец кожнай трубы ўпадае ў поласьць мацыцы. Другі канец трубы, расшыраючыся лейкападобна і ўтвараючы махры, свабодна адкрываецца ў брушную поласьць. Гэта акалічнасьць мае вялікае значэньне для жанчыны. Калі прасачыць полавы тракт жанчыны, то мы ўбачым, што брушная поласьць мае зносіны са знадворным сьветам, адкуль інфэкцыя можа пашырыцца на брушыну. Уявім сабе, напрыклад, што трыпэрны яд пры полавых зносінах або іншым шляхам трапіў у знадворныя полавыя органы і выклікаў у іх успаляльны процэс з утварэньнем гною. Частачка гэтага гною разам з гонококамі можа трапіць у похву, адкуль праз знадворны мацічны зёў—у канал шыйкі, з канала шыйкі—у поласьць мацыцы, адсюль—у адну з труб, а з адкрытага канца трубы— у брушную поласьць, дзе інфэкцыйны матэрыял можа выклікаць успаленьне брушыны.

Гэтага ня можа быць у мужчыны, у якога поласьць брушыны ня мае ніякіх зносін са знадворным сьветам і таму яна радзей падпадае інфэкцыі, чым у жанчыны.

Аб функцыі трубы будзе сказана ніжэй, пры разглядзе процэсу запладненьня.

4. **Яечнікі** (Ovaria). Яны маюць выгляд двух сплюшчаных падоўжаных цел, падобных да разрэзанай напалам сьлівіны і зьмяшчаюцца на задняй паверхні шырокай мацічнай зьвязкі. Маюць у даўжыню 3—4 *см.* Трымаюцца яны на сваім месцы пры дапомозе дзьвюх зьвязак і брыжэйкі.

Паверхня яечніка ў пэрыод полавай сьпеласьці няроўная, бугрыстая, бо яна пакрыта бугаркамі і баразначкамі.

Самая галоўная частка яечніка—гэта яго залозістая тканка. Яна складаецца з множных скапленьняў пузыркоў, якія носяць назву фолікулаў або Граафавых пузыркоў. Кожны фолікул зьмяшчае ў сабе па адным яйцы. Пасьпяваньне фолікулаў у сьпелай у полавых адносінах жанчыны адбываецца пэрыодычна; звычайна на працягу 28 дзён у адным з яечнікаў пасьпявае адзін фолікул. Зусім пасьпеўшы, ён лопаецца і з яго разам з фолікулярнай вадкасьцю выкідаецца яйцо і трапляе ў брушную поласьць. Пасьля выхаду яйца сьценка фолікула зморшчваецца і ў яго поласьці адбываецца крывязьліцьце, потым клеткі, высьцілаючыя поласьць фолікула, разрастаюцца і напаўняюцца жоўтай фарбуючай матэрыяй, дзякуючы чаму ўсё гэта

ўтварэньне і носіць назву жоўтага цела. Потым надыходзіць стадыя адваротнага разьвіцьця—жоўтае цела зморшчваецца і праз некалькі тыдняў зьнікае, пакідаючы нязначны сьлед. Такі лёс жоўтага цела, калі пасьля разрыву фолікула выпаўшае яйцо не запладняецца, і тады жоўтае цела называецца несапраўдным. Калі-ж яйцо запладняецца і наступае цяжарнасьць, лопнуўшы фолікул абарочваецца ў сапраўднае жоўтае цела, набывае большы аб'ём, і адваротнае разьвіцьцё яго прадаўжаецца вельмі доўга, а сьляды яго застаюцца на доўгія гады (мал. 9).

Увесь гэты процэс, г. зн. дасьпяваньне фолікула, разрыў яго, трапляньне яйца ў брушную поласьць і ўтварэньне жоўтага цела—усё гэта носіць назву овуляцыі.



Мал. 9. Прадоўжны разрэз яечніка (схэматычна).

З гэтаю дзейнасьцю яечніка зьвязаны другі процэс. Овуляцыя выклікае пэўную зьмену ў сьлізевай абалонцы маціцы. Пад уплывам овуляцыі адбываецца прыліў крыві да маціцы, сьлізевая абалонка яе набракае і гатова прыняць заплодненае яйцо. Але калі яйцо не заплоднілася і цяжарнасьць не наступіла, то сьлізевая абалонка маціцы адрываецца, капілярныя судзіны яе разрываюцца і зьяўляецца мацічнае крывяцячэньне, якое працягваецца 3—5 дзён, г. зн. да ўтварэньня новай сьлізевай абалонкі. Гэтае мацічнае крывяцячэньне адбываецца рэгулярна праз кожныя 4 тыдні або кожны месяц, чаму яно і носіць назву месячных або мэнструацый ці рэгул.

У нашым клімаце яны пачынаюцца ў дзяўчат 14—16 год, а ў цёплых краінах яшчэ раней (11—12 год). Мэнструацыі лічацца нормальнымі, калі яны бываюць рэгулярна кожныя 3—4 тыдні

і прадаўжаюцца ад 3 да 5 дзён, калі колькасьць страчанай крыві невялікая (ад 50 да 100 *гр.*), калі кроў не выдзяляецца згусткамі і колер яе цёмны. Нормальныя рэгулы не суправаджаюцца моцна выяўленымі болямі, але ў многіх выпадках жанчыны скардзяцца на іншыя расстройствы: на нядужаньне, стомленасьць, паніжэньне працаздольнасьці, галоўны боль і да т. п.

Як ужо вышэй было ўказана, мэнструацыя цесна зьвязана з овуляцыяй. І сапраўды, як мы ўбачым ніжэй, у аддзеле аб расстройствах мэнструацый, у тых жанчын, у якіх яечнікі не функцыяніруюць або ў якіх функцыі яечнікаў панізіліся, мэнструацыі спыняюцца.

Калі мы прасочым далейшы лёс яйца, якое высьлізнула з Граафава пузырка і трапіла ў брушную поласьць, то даведаемся, што яйцо гэта падхопліваецца махрамі (фімбрыямі) трубы і прасоўваецца па трубе ў кірунку да маціцы. Гэта прасоўваньне яйца ў маціцу адбываецца дзякуючы пэрыстальтыцы цягліц трубы. Калі ў гэты час семя мужчыны трапіла ў поласьць маціцы і спэрматозоіды, дзякуючы ўласнаму руху, трапілі ў трубу і спаткаюць на сваім шляху жаночае яечка, то адбудзецца з а п л а д н е н ь н е. Толькі праз 7—8 дзён заплодненае яйцо трапляе ў маціцу. Тут яно прымацоўваецца да аднэй з яе сьценак і пачынае разьвівацца: наступае ц я ж а р н а с ь ц ь і мэнструацыі ў далейшым спыняюцца.

Калі-ж яйцо не запладнілася, то яно выкідаецца з маціцы вонкі разам з мэнструальнай крывёю.

Такім чынам, яечнік зьяўляецца месцам, дзе пасьпяваюць яечкі якія служаць для прадаўжэньня і размнажэньня людзкога роду. Але яечнік выконвае яшчэ адну важную функцыю: у ім выпрацоўваецца такая матэрыя, якая. выдзяляючыся, разносіцца крываноснымі судзінамі па ўсім целе і гэтым падтрымлівае і ахоўвае ўсе фізыолёгічныя асаблівасьці жанчыны. Выдзяленьне гэтай матэрыі называецца ў н у т р а н а й с а к р э ц ы я й. Бяз гэтай сакрэцыі, інакш кажучы без яечнікаў або пры недастатковай функцыі яечнікаў усё „жаноцкае“ ў жаночым індывідууме адсутнічае або не разьвіваецца. Так, напрыклад, у дзяўчын, у якіх ад нараджэньня яечнікі не разьвіліся, ня толькі, як мы ўжо ведаем, адсутнічаюць мэнструацыі, але ў іх не разьвіваюцца грудныя залозы, не растуць валасы на лабку і пад пахамі, і ўсе полавыя органы не дасягаюць поўнага разьвіцьця; некаторыя з гэтых дзяўчат, дасягнуўшы дарослага ўзросту, маюць дзіцячы выгляд

(інфантылізм). А калі ў жанчыны па якой-небудзь прычыне выдаляюць абодвы яечнікі опэрацыйным шляхам, то ўвесь яе організм пачынае зьвядаць, парушаецца дзейнасьць нэрвовай сыстэмы і дачасова надыходзіць старасьць.

Тыя-ж самыя зьявы мы назіраем у жанчыны ў часе **клімактэрычнага пэрыоду**. Гэты пэрыод звычайна наступае к 45—50 гадам і цягнецца ад аднаго да трох год. У часе яго адбываецца процэс паступовага атрафіраваньня (зьмяншэньня) яечнікаў і ўгасаньня іх дзейнасьці. Спачатку перапынкі паміж паасобнымі мэнструацыямі падаўжаюцца, мэнструацыі зьяўляюцца раз у 2—3 месяцы, а потым і зусім спыняюцца. Зьявіўшыся пасьля двух або трохмесячнай затрымкі, яны часта бываюць вельмі збыткоўныя. Апрача таго, у клімактэрычны пэрыод назіраюцца рознастайныя расстройствы: пачуцьцё гарачкі, потавыдзяленьне, прыліў крыві да галавы, сэрцабіцьце, задышка, бяссоньніца, галаўны боль, боль у крыжы, у суставах і да т. п. Атрофія яечнікаў вядзе таксама да зьмяншэньня і зьвяданьня ўсяго полавага апарату. Усе гэтыя зьявы („зьявы выпаданьня") яшчэ раз пацьвярджаюць тое, якую важную ролю адыгрываюць яечнікі ў біолёгіі жаночага організму.

Паміж яечнікам і трубою знаходзіцца яшчэ **прыдатак яечніка** (Parovarium). Ён складаецца з раду канальцаў, разьмешчаных паміж абодвума ліосткамі шырокай мацічнай зьвязкі. У іх могуць утварацца пароварыяльныя кісты (рыс. 5).

Мы ўжо гаварылі аб пухкай злучальнай тканцы або калямацічнай клеткавіне. (Parametrium), якая ляжыць з абодвых бакоў мацiцы ў аснове шырокіх зьвязак. Аб ёй трэба памятаць таму, што, дзякуючы праніканьню ў полавы канал бактэрый, там часта разьвіваецца інфэкцыйны ўспаляльны процэс.

5. Тазавая брушына. Усе органы брушной поласьці за выключэньнем яечнікаў, пакрыты брушынай. З пярэдняй сьценкі жывата брушны лісток пераходзіць на дно мачавога пузыра, потым на мацiцу, утвараючы пры гэтым пярэднюю Дуглясаву прастору. Брушына сьпераду пакрывае мацiцу ад узроўню ўнутранага зёву, пераходзіць на дно, ззаду пакрывае ўсю мацiцу і задні звод похвы, утвараючы заднюю Дуглясаву прастору і пераходзіць на прамую кішку (рыс. 4).

6. Крываносныя судзіны полавых органаў і нэрвы. Полавыя органы снабжаюцца крывёю з **мацічнай артэрыі**, якая праходзіць праз аснову шырокай зьвязкі з абодвых бакоў да мацiцы

і на ўзроўні ўнутранога зёву разгаліноўваецца, снабжаючы крывёю шыйку і цела маціцы. Яечкі і фалёпіевы трубы атрымліваюць кроў з нутраной і знадворнай семянных артэрый, галінкі якіх злучаюцца з галінкамі мацічнай артэрыі.

Жаночыя полавыя органы маюць надзвычайна многа нэрваў. Большасьць з іх належаць да сымпатычных нэрваў і ўтвараюць шматлікія спляценьні і нэрвовыя вузлы.

Кожная жанчына павінна быць знаёма з будовай свайго полавага апарата і з тымі фізыолёгічнымі процэсамі, якія адбываюцца ў ім. Зусім ясна, што акушэрка, закліканая ахоўваць жанчыну ад гінэколёгічных захворваньняў і падаваць ёй дапамогу ў часе родаў і хваробы, павінна цьвёрда засвоіць і замацаваць у памяці прыведзены вышэй кароткі анатома-фізыолёгічны нарыс жаночай полавай сфэры—гэтую азбуку гінэколёгіі.

РАЗЬДЗЕЛ ДРУГІ

АГУЛЬНАЯ ДЫЯГНОСТЫКА

Устанаўленьне дыягнозу грунтуецца, па-першае, на анамнэзе і, па-другое, на об'ектыўным дасьледваньні і лябораторных дасьледваньнях.

I. АНАМНЭЗ

Кожная хворая пры звароце за мэдычнай дапамогай, перш за ўсё, вядома, выкладае свае скаргі. З прычыны таго, што з боку жанчыны звычайна можна пачуць цэлы рад скаргаў, то неабходна выявіць самую галоўную, асноўную скаргу, якая прымусіла хворую зьвярнуцца за дапамогаю.

Пасьля гэтага рэкомэндуецца распытаць аб сучасным і мінулым жыцьці хворай і аб стане яе здароўя, што называецца анамнэзам.

Перш-на-перш хворай трэба паставіць пытаньне аб узросьце. Узрост хворай трэба ведаць таму, што пэўныя гінэколёгічныя захворваньні ўласьцівы пэўнаму ўзросту. Так, напрыклад, адсутнасьць мэнструацый у жанчыны ва ўзросьце 20—45 год наводзіць на думку аб цяжарнасьці, а ў жанчыны 48—52 год мы хутчэй падумаем аб клімактэрычным пэрыодзе. Скарга на мацічнае крывяцячэньне з боку немаладой жанчыны, у якой даўно ўжо спыніліся мэнструацыі, павінна зьвярнуць нашу ўвагу на злоякаснае новаўтварэньне мацыцы, а прычыну крывяцячэньня ў маладой жанчыны трэба шукаць у якім-небудзь іншым захворваньні.

Далей, вельмі важна высьветліць сямейнае і соцыяльнае становішча і від заняткаў. Цяжкая фізычная праца, зьвязаная з падняцьцем цяжараў, з доўгім стаяньнем на нагах і да т. п. можа зьявіцца прычынай зьмяшчэньня і апусканьня мацыцы. Некаторыя профэсіі надта шкодна ўплываюць на здароўе жанчыны, калі адсутнічаюць адпаведныя профіляктычныя мерапрыемствы

Так, напрыклад, жанчыны, якія маюць справу са сьвінцовым пылам (у друкарнях), схільны да выкідкаў і дачасовых родаў. Маюць значэньне таксама характар і соцыяльныя формы работы: яе напружанасьць, аднастайнасьць, монотоннасьць, абстаноўка (на фабрыцы або ў полі) і т. д.

Потым належыць высьветліць час данага захворваньня, калі яно ўзьнікла, як разьвівалася і як яно працякае (у вострай або хронічнай форме). Неабходна таксама апытаць хворую аб перанесеных хваробах, асабліва аб рахіце ў дзяцінстве, аб шкарлятыне, дыфтэрыце, восьпе, тыфе, халеры, дызэнтэрыі і інш., бо гэтыя хваробы могуць пакінуць сьляды ў полавай сфэры (недаразьвіцьцё яечнікаў, рубцы, успаленьне похвы і да т. п.).

Трэба таксама высьветліць пытаньне аб полавым жыцьці: неабходна ведаць, ці жыве хворая полавым жыцьцём і колькі часу, ці нормальныя полавыя зносіны і які іх характар (балючасьць, незадаволенасьць), ці ўжываюцца сродкі супроць цяжарнасьці, асабліва перапыненьне полавых зносін (coitus interruptus), што можа выклікаць успаляльныя процэсы.

Трэба таксама даведацца аб тым, ці не заўважыла хворая хутка пасьля замуства і першых полавых зносін такіх зьяў, як белі і рэзь пры мачавыпусканьні, што сьведчыць аб захворваньні на гонорэю.

Далей ідуць распытваньні аб мэнструацыях: калі яны першы раз зьявіліся, як яны працякалі ўпачатку і ў далейшым да і пасьля замуства? Праз якія тэрміны яны зьяўляюцца, колькі дзён працяўжаюцца, ці бываюць яны мерныя, або збыткоўныя, вадкія або згусткамі, ці адчуваецца пасьля іх слабасьць? Ці бываюць яны бедныя на кроў і са спазьненьнем? Ці адчуваюцца ў часе іх болі ў жываце і крыжы, ці бываюць гэтыя болі да, у часе або пасьля сканчэньня мэнструацый? Урэшце, што вельмі важна, неабходна дакладна ўстанавіць час апошняй мэнструацыі, інакш можна прагледзець наступіўшую цяжарнасьць і далейшымі дасьледваньнямі і маніпуляцыямі парушыць яе.

Пры адсутнасьці мэнструацый або пры спыненьні іх трэба даведацца, ці ня бывае крывяцячэньня са сьлізевых абалонак іншых органаў (носавыя, кішочныя)—так званых вікарных рэгул.

З прычыны таго, што цяжарнасьць, роды і пасьляродавы пэрыод пры няправільным іх працяканьні часта зьяўляюцца прычынай многіх гінэколёгічных захворваньняў, неабходна ўстанавіць колькасьць родаў і абортаў, іх працяканьне і асклад-

неньні, час апошніх родаў і апошняга аборту, ці былі роды сваячасовыя або дачасовыя, ці былі штучныя аборты або выкідкі. Асабліва каштоўны ўказаньні аб буйных пасьлядавых захворваньнях і ускладненьні пасьля аборту: ці ліхарадзіла хворая і як доўга ляжала яна ў ложку.

Калі пры роспытах аб самаадвольных выкідках выяўляецца што іх было некалькі (так званы „прывычны выкідак"), то неабходна высьветліць, у якія тэрміны цяжарнасьці і ў якой пасьлядоўнасьці яны адбываліся. Калі, напрыклад, першы выкідак адбыуся ў раньнія месяцы цяжярнасьці, а другі—у больш позьні пэрыод, а наступная цяжарнасьць скончылася дачасовымі родамі, то такая паступовасьць павінна навесьці на думку аб сыфілісе.

Наступнае пытаньне—гэта аб выдзяленьнях або белях. Які іх характар і колер. Ці бываюць яны вадзяністыя, шкловідныя, вадкія або густыя, тварожыстыя, жоўтага ці зялёнага колеру, ці пакідаюць плямы на бялізьне, ці разьядаюць яны навакольныя часткі, ці ёсьць у іх дамешка крыві, ці выклікаюць сьвярбеньне і ці маюць пах?

Потым варта спыніцца на пытаньні аб болях і высьветліць іх лёкалізацыю (у якой частцы жывата, у сьпіне, паясьніцы і ў крыжы), характар іх (цягнучыя, ныючыя, колкападобныя, страляючыя ў нагу, схваткападобныя, сударгавыя), пастаянныя або ў выглядзе прыпадкаў, пры якіх умовах (пры хадзе, стаяньні, сядзеньні або ляжаньні, пры рабоце або спакоі), у які час (удзень або ноччу).

Ня трэба забывацца і аб рабоце мачавога пузыра і кішочніка. Тут ставяцца пытаньні: ці няма частых позываў на мачу, ці ня бывае рэзь у пачатку або ў канцы акту мачавыпусканьня. У адносінах да кішочніка неабходна высьветліць, ці ня бывае ў хворай запораў або вольнасьці, ці не адчуваюцца болі пры выпаражненьні.

Неабходна, урэшце, прыняць пад увагу агульны стан організму, па-першае, таму, што захворваньні полавай сфэры выклікаюць часта расстройствы з боку іншых органаў і асабліва нэрвовай сыстэмы, і, па-другое, таму яшчэ, што пры больш дэталёвых распытах можна прыйсьці да вываду, што тут справа ідзе не аб гінэколёгічным захворваньні, а аб параненьні якога-небудзь суседняга і нават больш аддаленага органу, або аб суб'екце з няўстойлівай нэрвовай сыстэмай. Неабходна таму распытаць аб апэтыце, аб рабоце страўніка, аб дзейнасьці сэрца (сэрцабіцьце

„заміраньне“), аб галаўных болях, галавакружэньні, аб сьне (бяссоньніца) і іншых зьявах нэрвовага характару.

Пры далейшым дасьледваньні хворай і пры выяўленьні якойнебудзь патолёгічнай зьявы могуць часамі ўзьнікнуць дадатковыя пытаньні для больш дакладнага высьвятленьня дыягнозу хваробы. Так, напрыклад, у некаторых выпадках можа паўстаць пытаньне аб захворваньнях бацькоў, якія адбываюцца па спадчыннасьці і т. д.

II. ОБ'ЕКТЫЎНАЕ ДАСЬЛЕДВАНЬНЕ

Пасьля зьбіраньня анамнэзу пачынаюць об'ектыўнае дасьледваньне. Ужо пры першым выглядзе і апытаньні хворай мы павінны зьвярнуць увагу на тыя адхіленьні ад нормы ў яе организьме, якія кідаюцца ў вочы, а іменна, на бледны колер твару, пахуданьне або празьмерную тлустасьць, на асаблівасьці паходкі і хрыбетніка, на прызнакі базэдовізму (вальлё, пучавасьць) і т. д. Потым пачынаюць гінэколёгічнае дасьледваньне: знадворнае і ўнутранае.

1. **Знадворнае дасьледваньне.** *Агляд.* Дасьледваньне гінэколёгічных хворых у клінічнай або больнічнай абстаноўцы праводзіцца на спэцыяльным крэсьле або на прыстасаваным для гэтай мэты стале. Але яно магчыма ва ўсякай абстаноўцы і на звычайным стале, а калі дасьледваньне не вымагае ўжываньня інструмантаў, то яно можа быць зроблена на канапе і ў ложку.

Спачатку, агаліўшы **ж ы в о т**, пачынаюць яго знадворны агляд, прычым зьвяртаюць увагу на яго форму і велічыню (авальны, шарападобны, роўнамерна павялічаны або з выпінаньнем пэўных вучасткаў), на наяўныя старыя рубцы ад цяжарнасьці і рубцы ад опэрацыі, на друзласьць сьценак і разыходжаньне цягліц, уздуцьце, ацёчнасьць скурнага пакрыцьця і грыжавыя выпінаньні.

Абмацваньне (*пальпацыя*) *і выстукваньне* (*пэркусія*) **ж ы в а т а.** Далоневымі паверхнямі пальцаў абмацваюць брушныя пакрыцьці, іх таўшчыню, напружаньне і балючасьць, пахвінную області (павялічаныя пахвінныя залозы балючыя і бязбольныя), пахвінныя грыжы і грыжу белай лініі. Пахвенныя грыжы лепш за ўсё выяўляюцца ў стаячым палажэньні хворай, а грыжа белай лініі выяўляецца наступным чынам: хворую, ляжачую з выцягнутымі нагамі, прымушаюць, ні на што не апіраючыся рукамі, павольна падняць верхнюю частку тулава—і пры гэтым атрымліваецца выпінаньне паміж прамымі цягліцамі жывата.

Пры больш глыбокім абмацваньні і выяўленьні пухліны ў брушной поласьці вызначаюць яе велічыню, форму, паверхню (гладкая або бугрыстая), консыстэнцыю (шчыльная, мяккая, эластычная), рухомасьць і сувязь яе з органамі малога таза.

Пры падазрэньні на цяжарнасьць імкнуцца адшукаць дробныя часткі плада і прасачыць іх штуршкі.

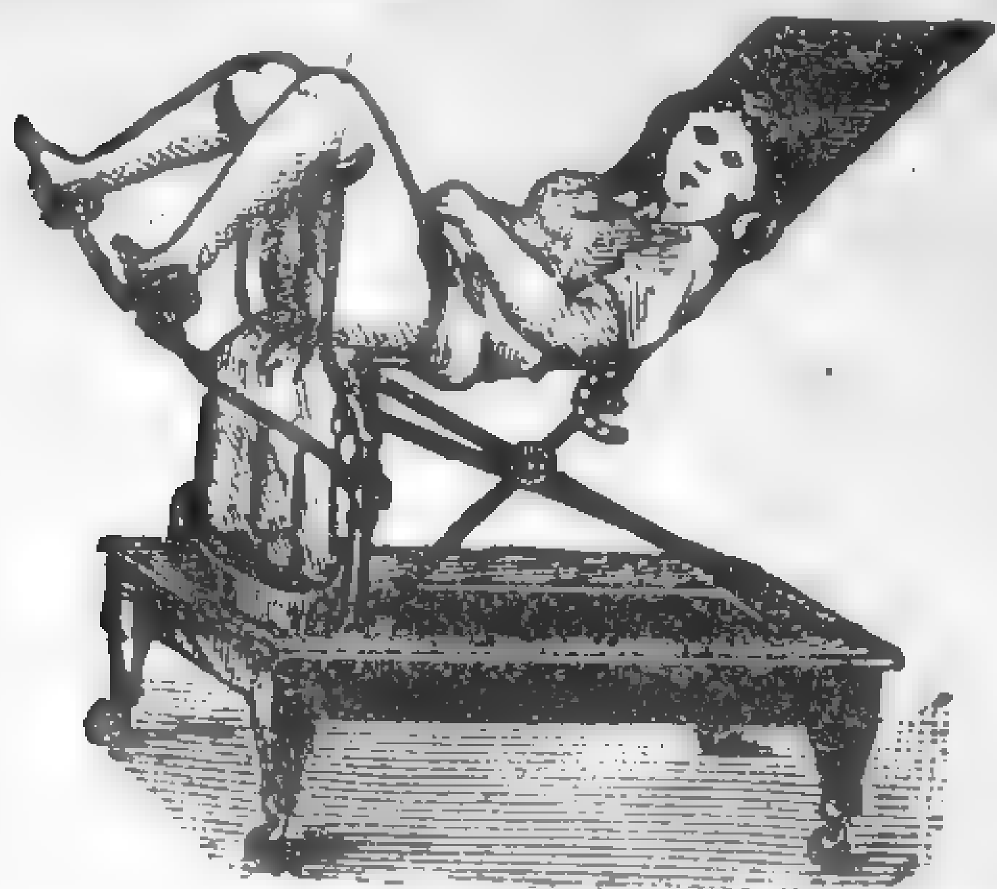
Абмацваньне жывата дапаўняецца яшчэ выстукваньнем. Тупы гук сьведчыць аб прысутнасьці ў брушной поласьці пухліны, эксудату або цяжарнай маціцы. Уздуцьце страўніка і кішочніка газамі (мэтэорызм) дае тымпанічны гук. Прысутнасьць у жываце вадкасьці (асцыт) вызначаецца такім чынам: адну руку кладуць на адну з бакавых паверхняй жывата, а пальцамі другой рукі ўтвараюць штуршкападобныя рухі (накшталт шчаўчка) з процілеглага боку ў кірунку да ляжачай на жываце рукі—і калі атрымліваецца адчуваньне зыбаньня (флюктуацыя), то прысутнасьць вадкасьці можна лічыць амаль бясспрэчнай. Упэўненасьць у наяўнасьці вадкасьці падмацоўваецца яшчэ выстукваньнем, якое пасярэдзіне жывата дае тымпанічны гук, і па бакох, дзе зьбіраецца вадкасьць у моц цяжару, дае тупы гук. Калі пакласьці хворую на бок, то сюды зьбіраецца ўся вадкасьць і, значыцца, пры выстукваньні атрымаецца тупы гук, у той час як на апарожненым баку атрымаецца тымпанічны гук. Калі хворую пакласьці на другім баку, то атрымаецца адваротная зьява: там, дзе быў тымпанічны гук, пры выстукваньні атрымаецца тупы, а там, дзе быў тупы, атрымаецца тымпанічны гук.

Агляд знадворных полавых частак. Перад аглядам знадворных полавых частак неабходна абмыць іх цёплай вадой і мылам, калі яны забруджаны крывёю або гнойнымі выдзяленьнямі. Агляд пачынаюць з лабка. На лабку трэба зьвярнуць увагу на рост яго валасоў і наяўнасьць плашчыц (лобкавых вошай). Потым разглядаем вялікія губы (велічыня, ацёчнасьць, язвы, вострыя кондылёмы, варыкознае расшырэньне вэн, пухліны), прамежжа (разрывы і рубцы, шырокія кондылёмы) і задні праход (гемороідальныя вузлы і трэшчыны).

Потым пальцамі левай рукі расхіляем вялікія губы і разглядаем клітар, знадворную адтуліну мачавыпускальнага канала (пачырваненьне, паліпы), малыя губы (язвы, рубцы), дзявочую пляву (цэласьць, форма, разрывы), і адтуліну выводных прытокаў Бартолініевых залоз (пачырваненьне, прыпухласьць і выдзяленьні). Мы таксама павінны зьвярнуць увагу на афарбоўку ўсіх гэтых

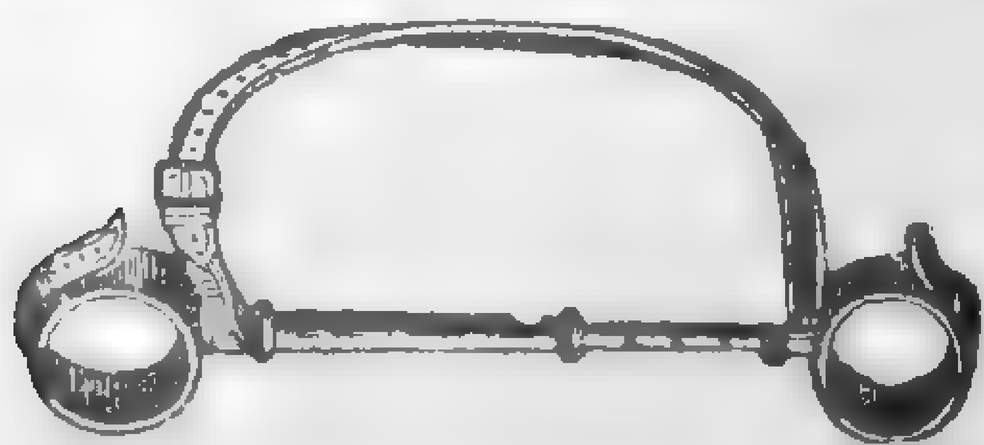
частак і на выпінаньне і апусканьне аднэй або абедзьвюх сьценак похвы.

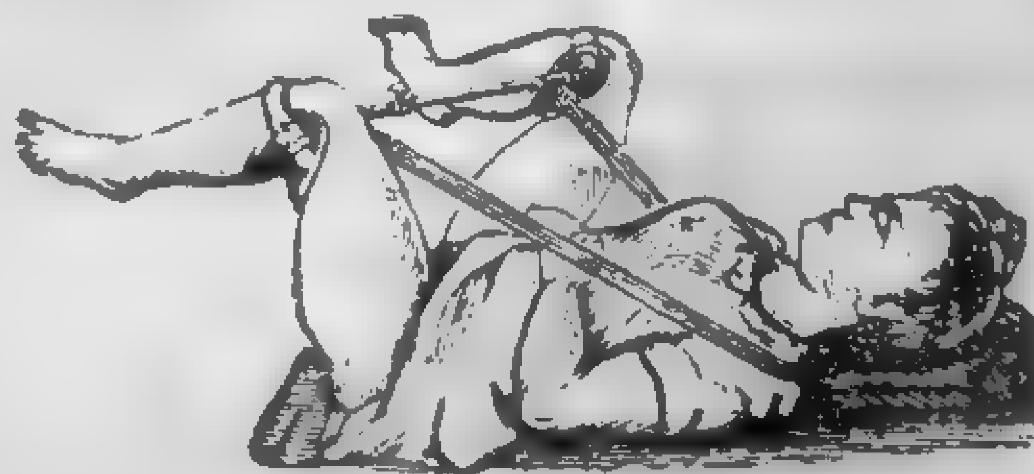
2. **Унутранае і комбінаванае дасьледваньне.** Перш чым распачаць унутранае дасьледваньне, неабходна папярэдня прапанаваць хворай апаражніць мачавы пузыр, бо пры напоўненым мачавым пузыры ўнутранае і нават знадворнае дасьледваньне можа даць памылковае ўяўленьне аб стане і палажэньні ўнутраных органаў. Напоўнены мачавы пузыр часта прымаецца за цяжарную маціцу або кісту яечніка. Тое-ж самае трэба сказаць і аб скапленьні цьвёрдых калавых мас у прамой кішцы, якія часта сымулююць бугрыстую пухліну або эксудат. У гэтым выпадку хворую трэба дасьледваць толькі пасьля апаражненьня кішочніка клізмай або развальняючым сродкам.



Мал. 10. Гінэколёгічнае крэсла.

Пры ўнутраным дасьледваньні хворая павінна ляжаць на сьпіне з паднятай крыху верхняй часткай тулава, з сагнутымі ў каленах і разьведзенымі нагамі. Потым прапануюць хворай падкласьці пад крыж свае рукі, сьціснутыя ў кулакі, не напружвацца, свабодна дыхаць. Праз гэта адхіляецца напружанасьць мускулатуры брушных сьценак, чым у значнай ступені палягчаецца ўнутранае дасьледваньне.





Мал. 11. Ногатрымальнік.

У тых выпадках, дзе прыходзіцца зварачацца да інструмантальнага дасьледваньня, у часе якога ногі хворай павінны быць сагнуты і ў каленях, і ў тазабядровых суставах, і прыцягнуты да жывата, хворая павінна ляжаць у гінэколёгічным крэсьле (мал. 10), а на простым крэсьле яна павінна падтрымлівацца адным або двума памочнікамі ці спэцыяльнымі ногатрымальнікамі (мал. 11).

У некаторых выпадках мы прымушаны дасьледваць хворую ў бакавым палажэньні (для агляду прамежжа і задняга

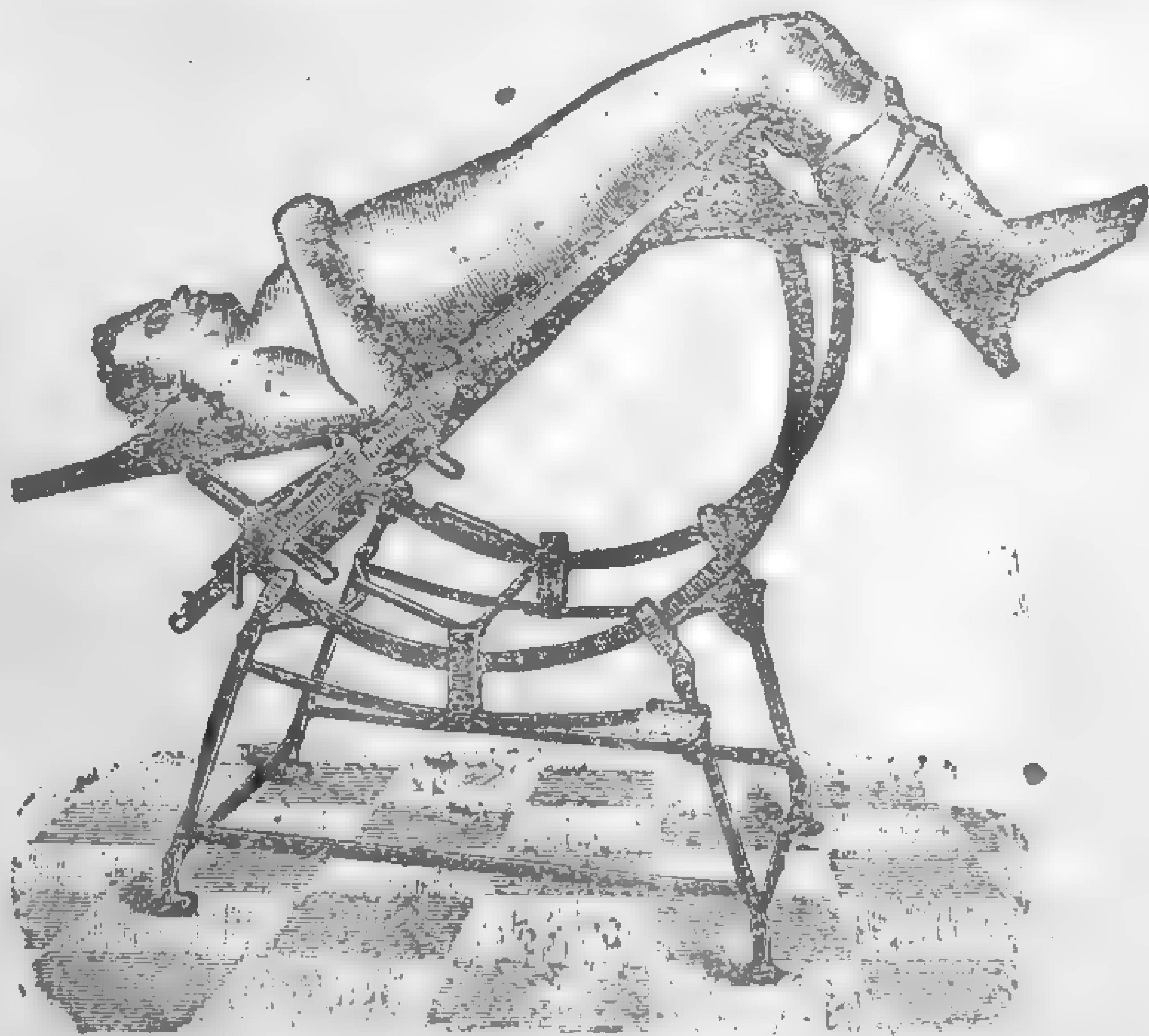
праходу) і ў каленна-локцевым палажэньні. Пры гэтым палажэньні хворэя становіцца на калені і апіраецца на локці (м. 12).

У надзвычайна рэдкіх выпадках ужываецца так званае трэн-



Мал. 12. Каленна-локцевае палажэньне.

дэлебурскае палажэньне, пры якім галава і верхняя частка тулава нізка апушчаны, а таз высока падняты. Гэта палажэньне рэдка ўжываецца пры дасьледваньнях, а ў большасьці пры опэрацыях (мал. 13).



Мал. 13. Трэндэлебурскае палажэньне.

Скончыўшы агляд знадворных полавых частак, пачынаюць унутранае дасьледваньне, для чаго неабходна старанна памыць рукі або надзець чыстыя гўмовыя пальчаткі. Апошнімі неабходна карыстацца ў тым выпадку, калі на пальцах ёсьць трэшчыны, драпіны або наогул ранкі, каб такім чынам забясьпечыць сябе ад магчымага заражэньня і ад пераносу інфэкцыі на іншых хворых.

Дасьледваньне ўтвараецца двума пальцамі правай рукі (указальным і сярэднім). Расхіліўшы полавыя губы вялікім і ўказальным пальцамі левай рукі, уводзяць два пальцы правай рукі

ў похву, імкнучыся ня выклікаць болю. Жанчын, якія не раджалі або надта чульлівых, прыходзіцца дасьледваць большай часткай адным указальным пальцам, каб унікнуць болю, які выклікае напружаньне мускулатуры, што робіць дасьледваньне больш цяжкім. Між іншым, проф. Выдрын і іншыя аўторытэтныя гінэколёгіі раяць ужываць комбінаванае дасьледваньне толькі адным указальным пальцам, лічачы, што такім чынам можна лепш орыентавацца ў палажэньні і стане ўнутраных полавых органаў.

Пры дасьледваньні **похвы** трэба перш-на-перш зьвярнуць увагу ці не выцякаюць з мачавыпускальнага каналу, пры націсканьні на пярэднюю сьценку похвы, гнойныя выдзяленьні. Потым устанаўляюць ці няма парокаў разьвіцьця ў выглядзе перагародак падвойнай похвы, пакарачэньня, звужэньня або поўнага зарастаньня похвы; ці ёсьць у ёй рубцы, сьвішчы, кондылёмы і пухліны; ці не натыкаецца палец пры ўваходзе ў похву на шыйку маціцы, што сьведчыць аб зьмяшчэньні або выпаданьні апошняй; ці свабодныя зводы, або ў іх прамацваецца пухліна ці якаянебудзь рэзыстэнцыя.

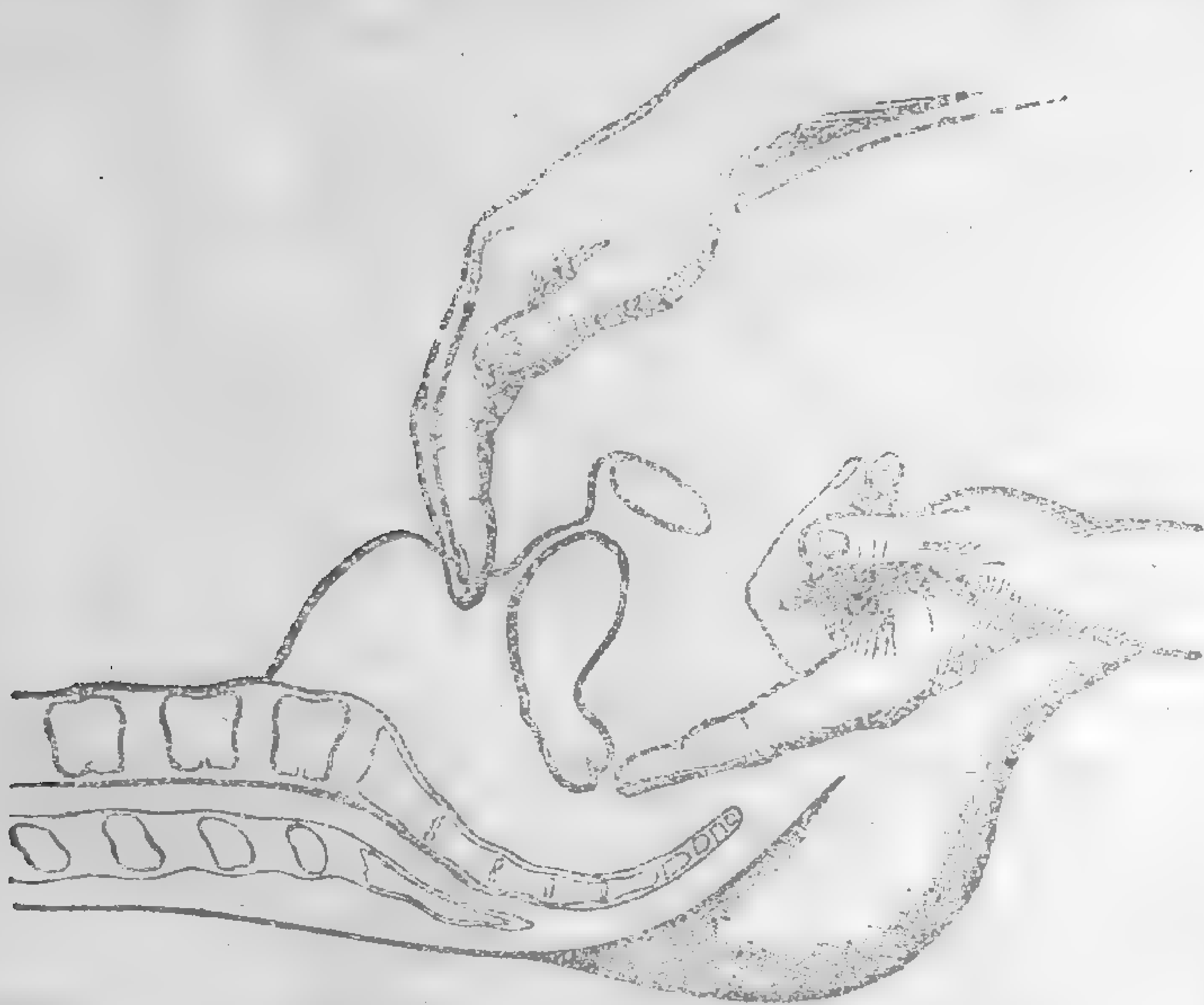
Потым абмацваецца **похвавая частка маціцы**. Вызначаюць яе палажэньне. Пры нормальным палажэньні шыйка глядзіць уніз і ўзад, пры перагібе маціцы назад (рэтрофлексія)—уніз і ўперад, а пры нахіленьні назад (рэтровэрзія)—уперад і ўверх. Потым вызначаюцца форма, велічыня, консыстэнцыя і іншыя асаблівасьці. Падоўжаная і конічная форма шыйкі ўказвае на інфантыльную (дзіцячую) маціцу. Павялічаная і шчыльная шыйка бывае пры ўспаляльных процэсах і новаўтварэньнях у ёй. Распульхненасьць шыйкі ўказвае на цяжарнасьць. Далей трэба зьвярнуць увагу на наяўнасьць разрываў шыйкі, на стан сьлізьніцы вакол зёву (гладкая, шурпатая, эрозіі) на форму і стан самога зёву. У нераджаўшых ён мае круглую форму і закрыты, у раджаўшых мае выгляд папяросчнай шчыліны. У тым выпадку, калі зёў разьвернуты і мае разрывы, ён зьзяе і прапускае кончык пальца. Часта ў зёве можна абмацваць поліпы, якія выходзяць са сьценак шыйкі або цела маціцы.

Унутранае дасьледваньне адною рукою дае нам магчымасьць вызначыць стан толькі похвы і шыйкі маціцы. Для абсьледваньня-ж самых важных частак полавага апарата—цела маціцы, труб і яечнікаў, пакрываючай іх брушыны і калямацічнай клеткавіны неабходна дасьледваньне абедзьвюма рукамі, г. зн. **комбінаванае дасьледваньне**. Яно робіцца наступным чынам:

уводзячы адзін або два пальцы правай рукі ў похву, кладуць левую руку на жывот і, націскаючы на брушную сьценку насустрач унутранай руцэ, стараюцца прамацаць усё зьмесьціва малога тазу абедзьвюма рукамі. Такім спосабам дасьледваньня мы вызначаем стан тазавых органаў і ўзаемную сувязь паміж імі (мал. 14).

Перш-на-перш мы вызначаем форму, велічыню, консыстэнцыю, палажэньне, рухомасьць і балючасьць маціцы.

Нормальная маціца, як мы ўжо ведаем, мае форму сплюшчанай ігрушыны. Пры цяжарнасьці і хранічных успаленьнях яна



Мал. 14. Комбінаванае дасьледваньне.

мае яйцападобную, а часамі і шарападобную форму, а пры пухлінах, асабліва падбрушных, яна мае няправільную конфігурацыю. У гэтых выпадках яна і ў аб'ёме павялічана. Павялічана яна таксама і ў пасьляродавым пэрыодзе. Яна бывае менш нормы пры недаразьвіцьці (дзіцячая маціца), у клімактэрычным пэрыодзе, пры працяглым кармленьні грудзьмі і пасьля опэрацыйнага выдаленьня яечнікаў (атрофія маціцы).

Нормальнай маціцы, дзякуючы элястычнасьці яе зьвязкавага апарата, уласьціва пэўная рухомасьць у розныя бакі. У патолёгічных выпадках рухомасьць яе абмежавана і спроба зрушыць

яе ў той ці іншы бок выклікае боль. Балючасьць мацiцы пры нацiсканьнi на яе сьведчыць аб наяўнасьцi ўспаляльнага працэсу брушнога пакрыцьця мацiцы (пэрымэтрыт).

Вельмі важна ў дыягностычных адносiнах вызначыць консыстэнцыю мацiцы: шчыльная яна або цеставатая, цi гладкая яе паверхня, або на ёй абмацваюцца вузлы і бугры.

Вышэй мы ўжо гаварылі аб тым, якое палажэньне мацiцы лічыцца нормальным. Комбінаваным дасьледваньнем мы павiнны ўстанавiць патолёгiчнае палажэньне мацiцы, (зьмяшчэньне, апусканьне, выпаданьне, перагiбы i нахiленьнi).

Калi пры дасьледваньнi мацiцы мы ў блiжэйшым суседзтве з ёю знаходзiм пухлiну, то неабходна вызначыць яе форму, велiчыню, консыстэнцыю, рухомасьць, сувязь з мацiцаю.

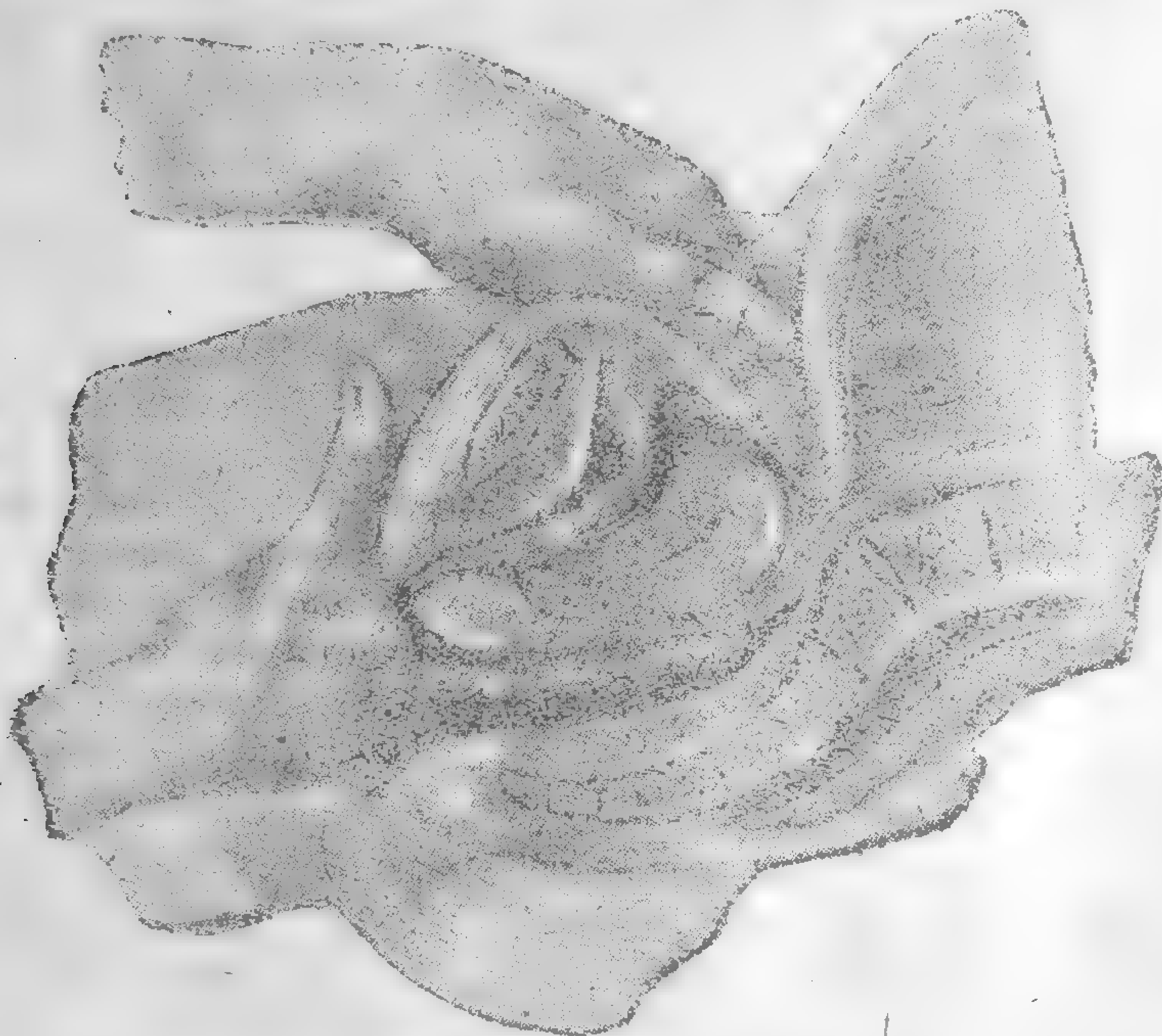
Потым дасьледуем праз бакавыя зводы: трубы, яечнiкi, калямацiчную клеткавiну i тазавую брушыну. Нормальныя трубы, клеткавiна i шырокiя зьвязкi, дзякуючы сваёй мяккасьцi не паддаюцца абмацваньню, але пры ўспаляльных працэсах трубы бываюць патоўшчаны, прымаюць кiлбасападобную, часамi нават мешкападобную форму. Павялiчаная ў аб'ёме труба павiнна яшчэ, апрача таго, навесьцi на думку аб пазамацiчнай (трубной) цяжарнасьцi. Успаленая клеткавiна и выпатамi, вядома, лёгка прамацваецца.

Праз бакавыя зводы прамацваюцца i яечнiкi. У патолёгiчных выпадках яны бываюць павялiчаны i балючы. Новаўтварэньнi яечнiкаў (кiсты) у залежнасьцi ад разьмераў прамацваюцца ў бакавых зводах i ў заднiм Дуглясе; дэрмоiдныя кiсты зьмяшчаюцца ў большасьцi выпадкаў сьпераду мацiцы. Праз заднi звод прамацваюцца выпаты, крывязьлiцьцi i розныя новаўтварэньнi мацiцы i яечнiкаў, а таксама цела рэтрофлекторнай мацiцы.

Пасьля сканчэньня комбiнаванага похвавага дасьледваньня трэба аглядзець прыстаўшыя да ўнутраных пальцаў выдзяленьнi i вызначыць iх характар (сьлiзявыя, сьлiзява-гнойныя, гнойныя, крывянiстыя i т. д.).

3. Дасьледваньне праз прамую кiшку (рэктальнае дасьледваньне). Гэты спосаб дасьледваньня ўжываецца ў выпадках звужэньня або зарастаньня похвы, а таксама пры дасьледваньнi дзявочнiц, калi шчылiна дзявочай плявы не прапускае пальца i калi такiм чынам ёсьць пагроза парушыць яе цэласьць. Робiцца яно наступным чынам: указальны палец правай рукi змазваецца вазэлiнам або якiм-небудзь тлушчам, або што яшчэ

лепш, каб яго не забрудзіць, надзяюць на яго гумовы напальчнік і ўводзяць яго ў прамую кішку, якая папярэдня ачышчана ад калавых мас, другою-ж рукою робяць абмацваньне праз брушную сьценку, як гэта робіцца пры комбінаваным похвавым дасьледваньні. Гэты мэтод дасьледваньня дае магчымасьць абмацаць усе полавыя органы і галоўным чынам крыжова-мацічныя зьвязкі,



Мал. 15. Тэхніка рэктальнага біміпуальнага дасьледваньня жанчыны, якая ня мела полавых зносін.

а таксама пухліны, што знаходзяцца ў задняй Дуглясавай прасторы (мал. 15).

Рэктальнае дасьледваньне асабліва часта ўжываецца ў акушэрстве ў часе родаў, замяняючы дасьледваньне праз похву, каб не занесьці інфэкцыі праз родавыя шляхі.

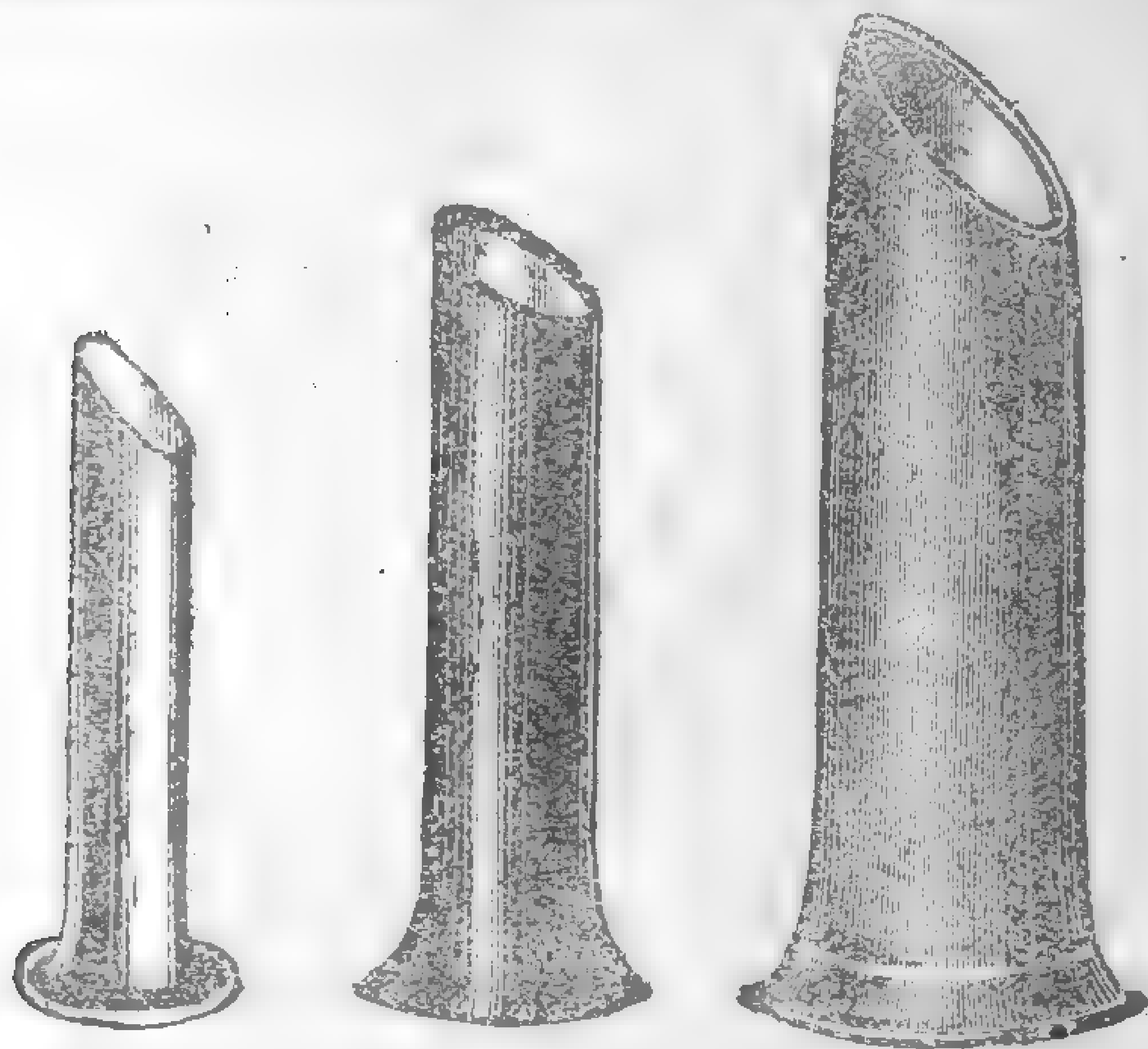
Бываюць выпадкі, праўда рэдкія, калі комбінаванае похвавое дасьледваньне прыходзіцца рабіць пад наркозам, як, напрыклад, пры моцным напруджаньні брушных цягліц і балючасьці ўсяго жывата, пры сударгавым скарачэньні цягліц тазавага дна (вагінізм) і т. д.

4. Інструмантальнае дасьледваньне. Для больш дакладнага распазнаваньня гінэколёгічных захворваньняў, апрача комбінаванага дасьледваньня часта прыходзіцца зварочвацца да дасьледваньня інструмантамі, якія павінны быць папярэдне продэзынфэктаваны гатаваньнем. Зразумела, што і пры гэтым дасьледваньні рукі павінны быць старанна вымыты.

Ужываюцца наступныя інструманты:

1) *Мацічныя люстэркі.* Яны неабходны для агляду похвы, зводаў і шыйкі маціцы і для некаторых опэрацый на гэтых органах. Ёсьць тры тыпы люстэркаў: цыліндрычныя, рассувальныя і лыжкападобныя.

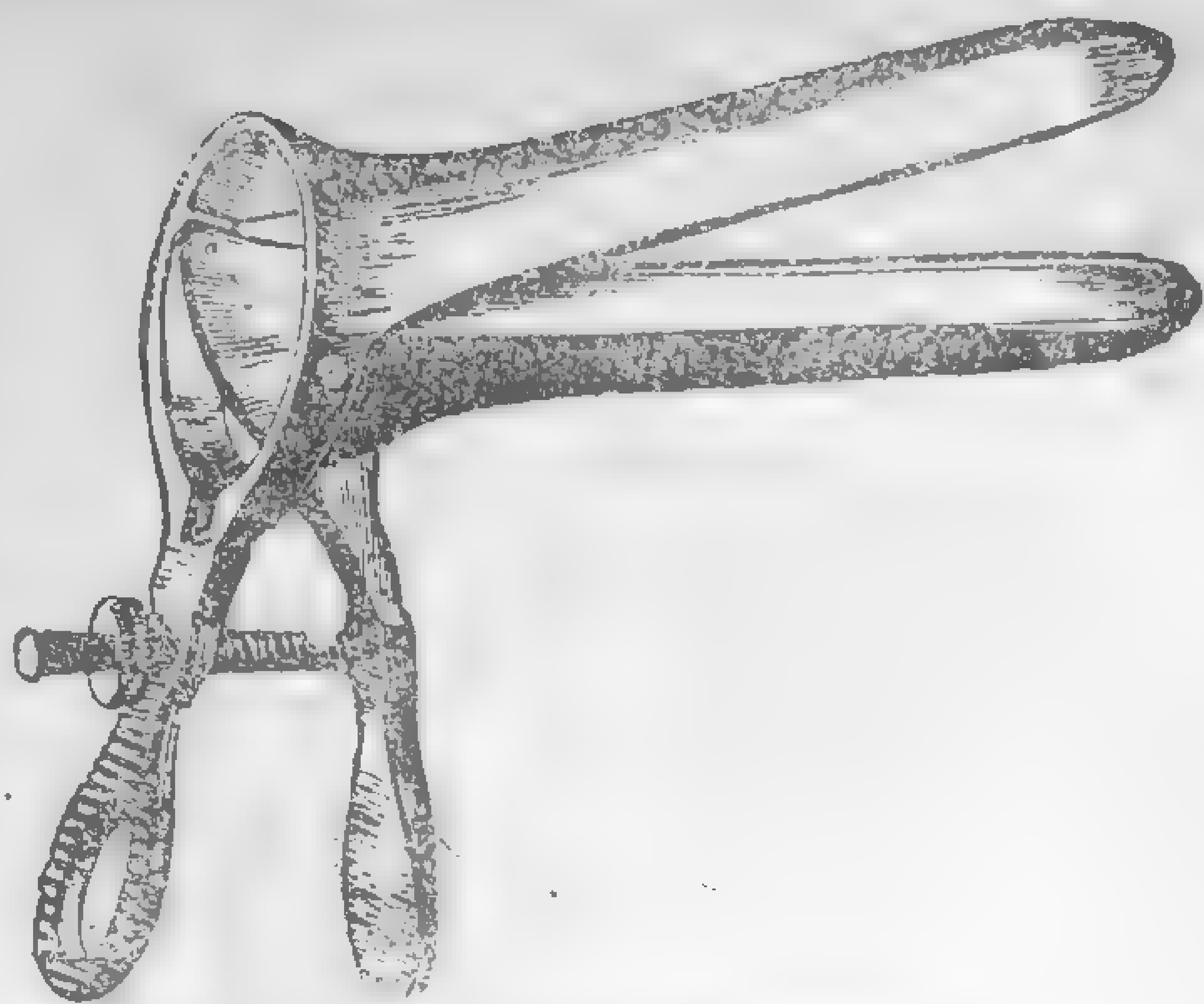
а) Цыліндрычныя люстэркі становяць сабою трубкі, рознага колібру, адзін канец якіх расшыраны, а другі скошан. Яны выраблюцца з празрыстага або малочнага шкла, з рагавой гумы з унутранай люстэркавай паверхняй і з мэталю. Уводзяцца яны ў похву такім чынам: расхіліўшы пальцамі левай рукі полавыя губы, бяруць правай рукою люстэрка адпаведнага разьмеру і ўводзяць скошаны канец яго ў похвавы ўваход, трымаючы больш кароткую сьценку ўперад. Потым, паклаўшы ўказальны палец на пярэднюю сьценку люстэрка і націскаючы люстэрка на прамежжа, прасоўваюць яго вярчальным рухам углыб да таго часу, пакуль у адтуліне люстэрка мы ня ўбачым шыйкі маціцы. Пры ўвядзеньні люстэрка трэба па магчымасьці ўнікаць дакрананьня да клітару і да адтуліны мачавыпускальнага каналу, бо гэтыя месцы зьяўляюцца найбольш чульлівымі месцамі знадворных полавых частак (мал. 16).



Рыс. 16. Круглыя мацічныя люстэркі.

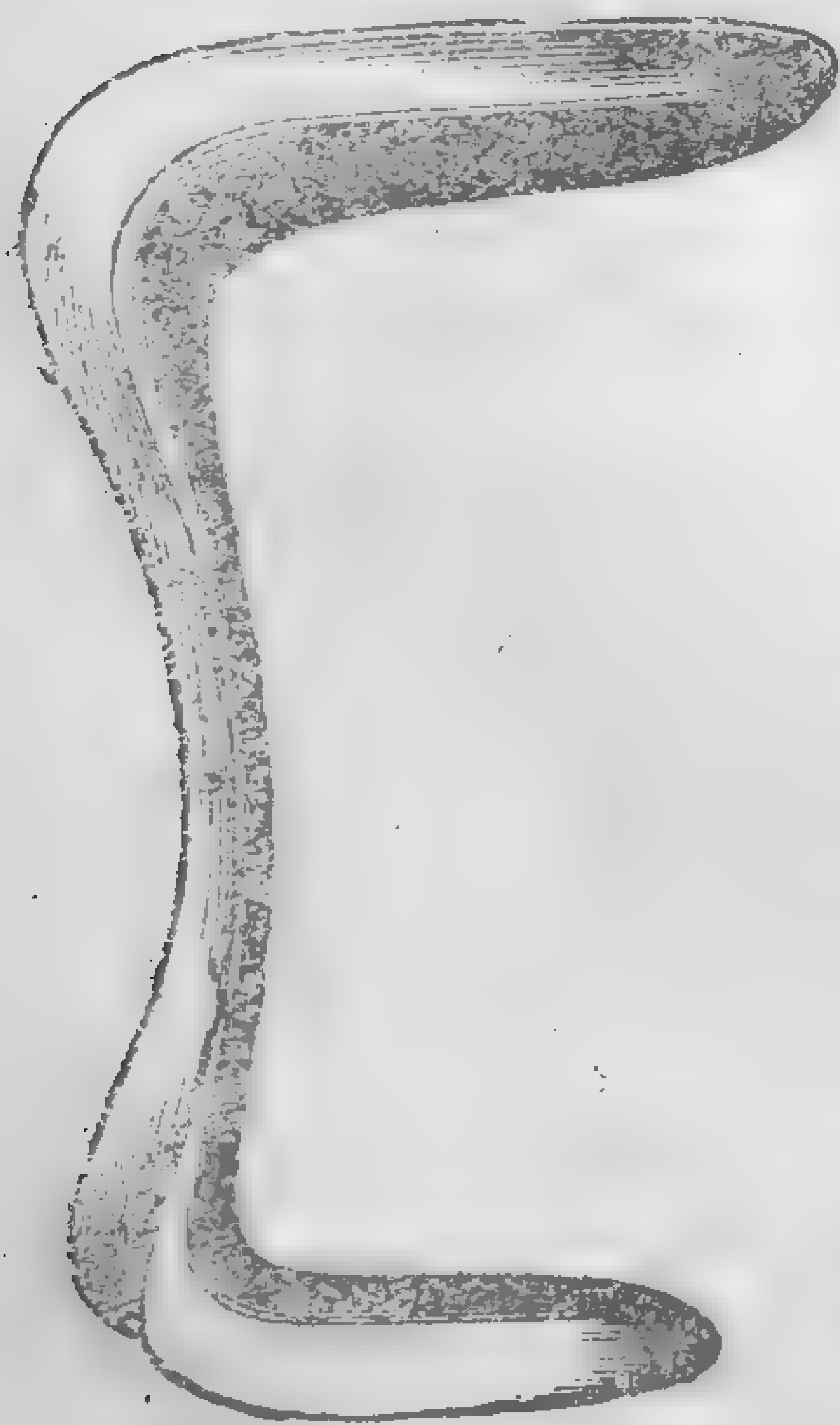
Цыліндрычнымі люстэркамі карыстаюцца пры аглядзе сьценак похвы, похвавай часткі і знадворнага зёву маціцы, а таксама для тэрапэўтычных мэт (змазваньне, прыпальваньне, похвавая ванна, скарыфікацыя і да т. п.).

б) **Рассувальныя люстэркі** вырабляюцца з мэталю і зручныя тым, што яны трывалыя, лёгка стэрылізуюцца і не патрабуюць памочнікаў. З гэтых люстэрак часьцей за ўсё ўжываецца модэль Куско з дзьвюма створкамі. Уводзячы люстэрка ў похву ў касы палажэньні, яго паварочваюць так, каб адна створка была павернута назад, а другая кпераду, а потым пры дапамозе вінта створкі рассоўваюцца і расшыраюць такім чынам прасьвет похвы. У модэлі Колена пры рассоўваньні створак расшыраецца і ўваход у похву (мал. 17).



Мал. 17. Люстэрка Куско.

в) **Лыжкападобныя люстэркі** таксама вырабляюцца з мэталю і складаюцца з лыжкі, якая ўводзіцца ў похву, і ручкі, што застаецца знадворку. Модэль Сімса (мал. 18) двухбаковая і абедзьве часткі непарыўна зьвязаны ў адно цэлае. У модэлі Сімона лыжкі розных разьмераў злучаюцца з ручкай пры дапамозе замка. Для агляду похвы і похвавай часткі шыйкі маціцы прыходзіцца ўжываць два люстэрка: адно ніжняе—углыбленае і другое верхняе—плоскае (уздымальнік).



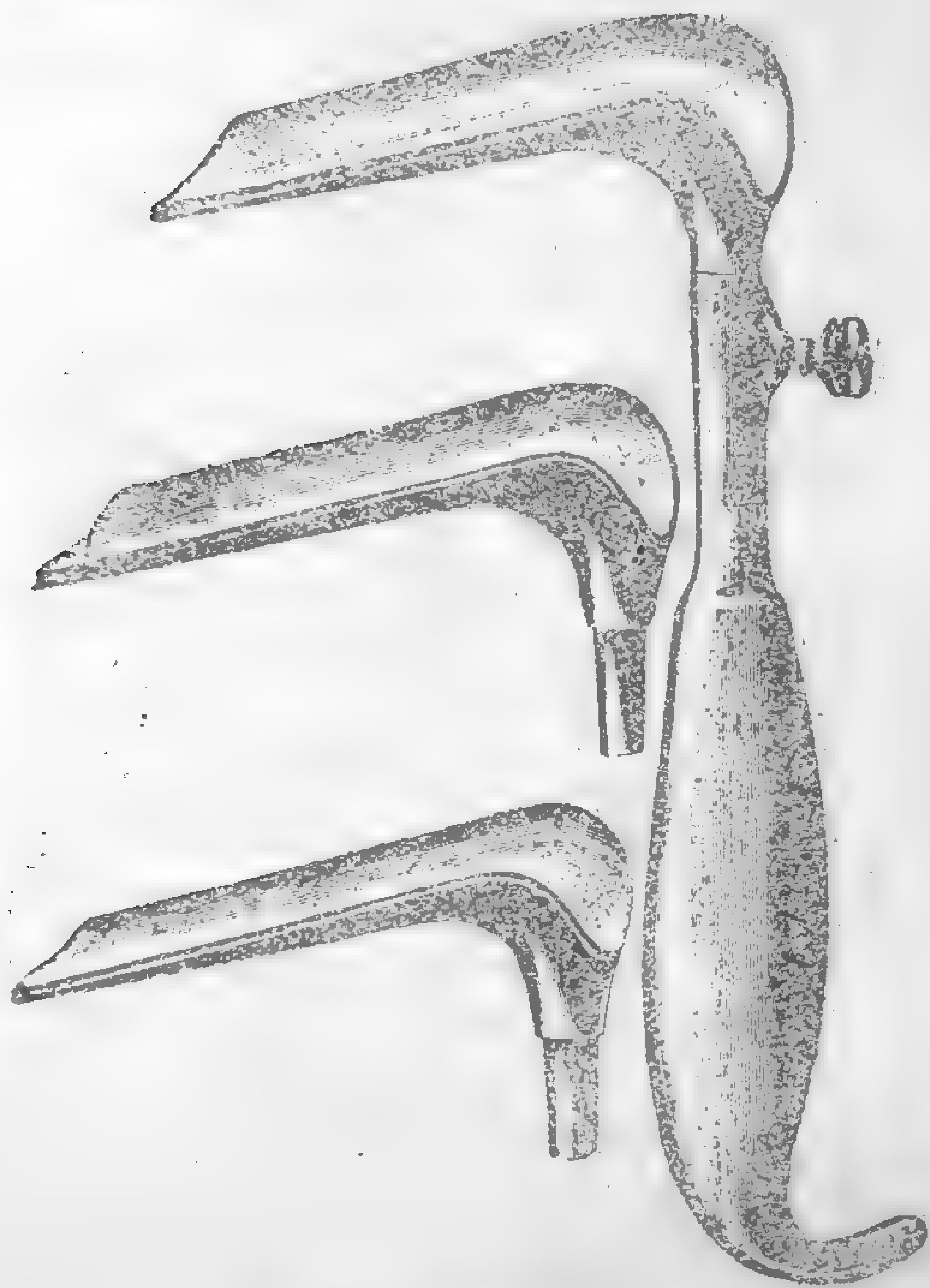
Мал. 18. Люстэрка Сімса.

Гэтыя люстэркі лёгка ўводзяцца, добра выяўляюць зводы і похвавую частку шыйкі і ўжываюцца таксама пры опэрацыях у похве і на шыйцы маціцы Яны значна распаўсюджаны, хоць для трыманьня іх патрэбен памочнік (мал. 19).

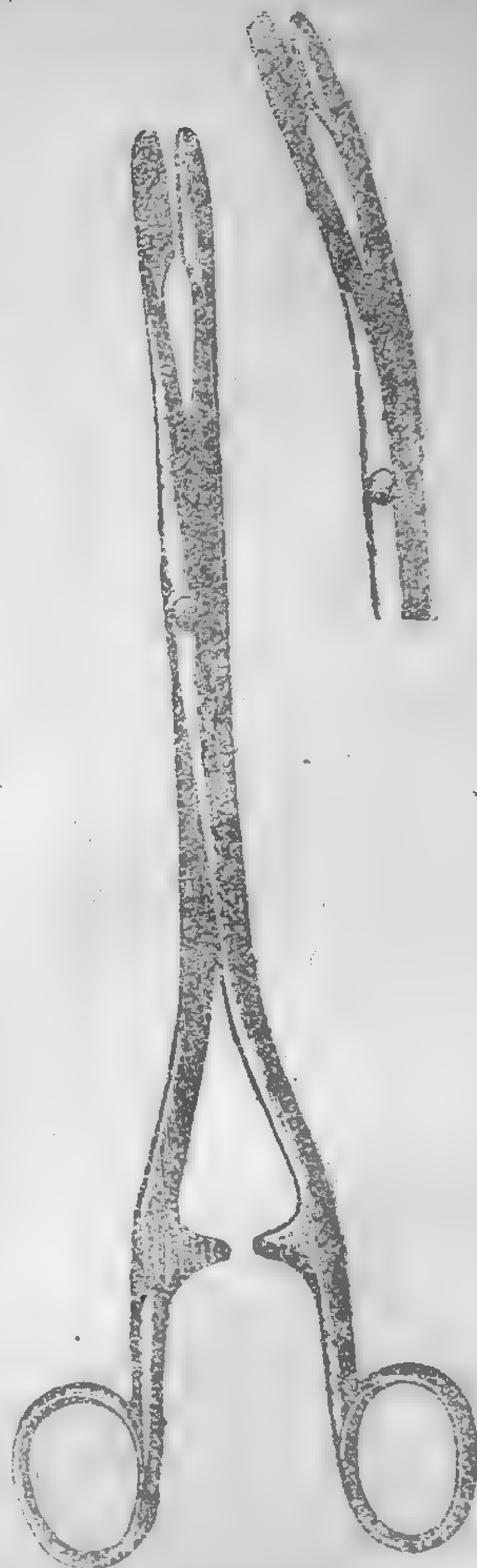
2) *Захопліваючыя інструманты (корнцангі, пінцэты і кулевыя абцугі).* Для больш дэтальнага агляду похвы і похвавай часткі і для ўтварэньня опэрацыі на іх, неабходна паперадзе выцерці іх ад сьлізу і іншых выдзяленьняў ватнымі або марлевымі там-

понамі. Гэтыя тампоны захопліваюцца корнцангам або доўгім пінцэтам (мал. 20 і 21). Гэтыя-ж самыя інструманты ўжываюцца для абціраньня похвы і іншых бачных органаў сьпіртам, ёдам і наогул дэзынфэктуючымі матэрыямі, а таксама для тампонацыі похвы і маціцы.

Для захопліваньня шыйкі маціцы, каб яе фіксаваць і наблізіць да похвавага ўваходу, ужываюцца кулевыя абцугі, якія маюць па адным зубцу (мал. 22), і абцугі Мюзэ з двума зубцамі на кожнай branшы (мал. 23).



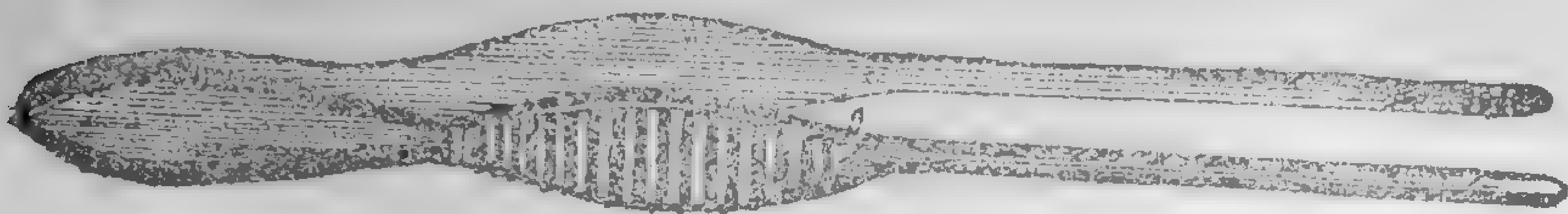
Мал. 19. Люстэрка Сімова.



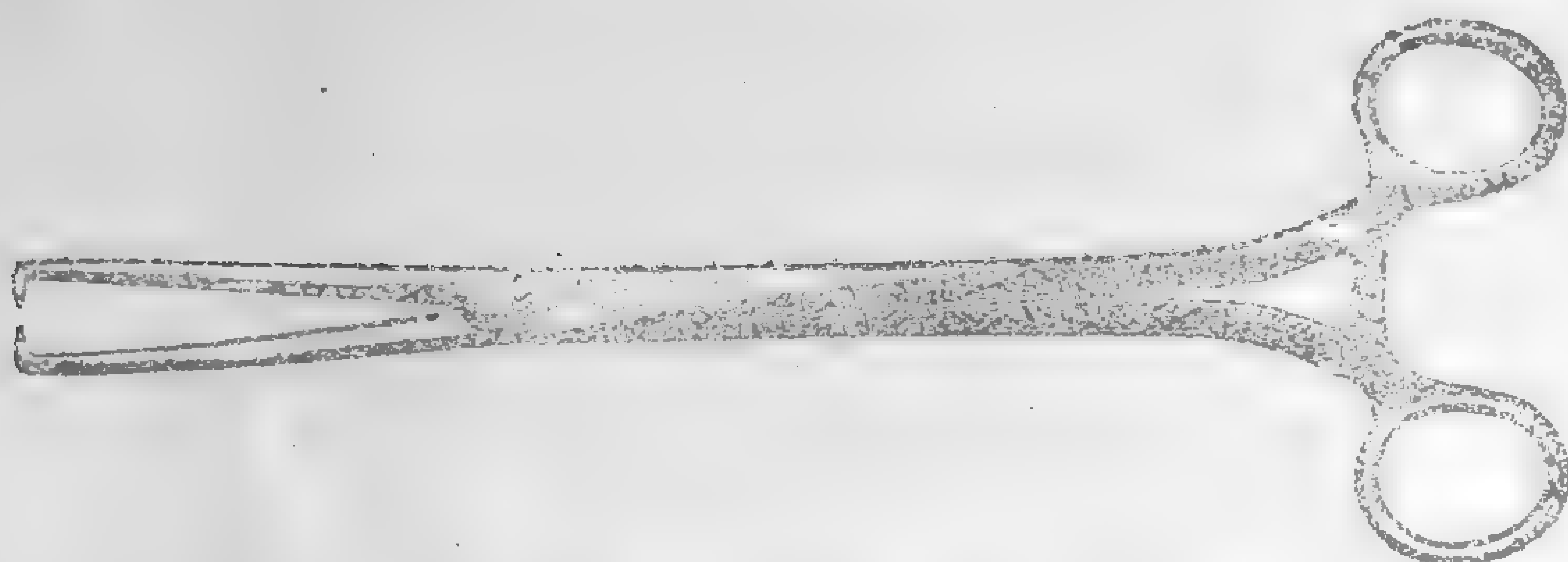
Мал. 20. Корнцанг.

Гэтымі абцугамі захопліваюць верхнюю губу мацічнай шыйк і а часамі абедзьве губы двума абцугамі.

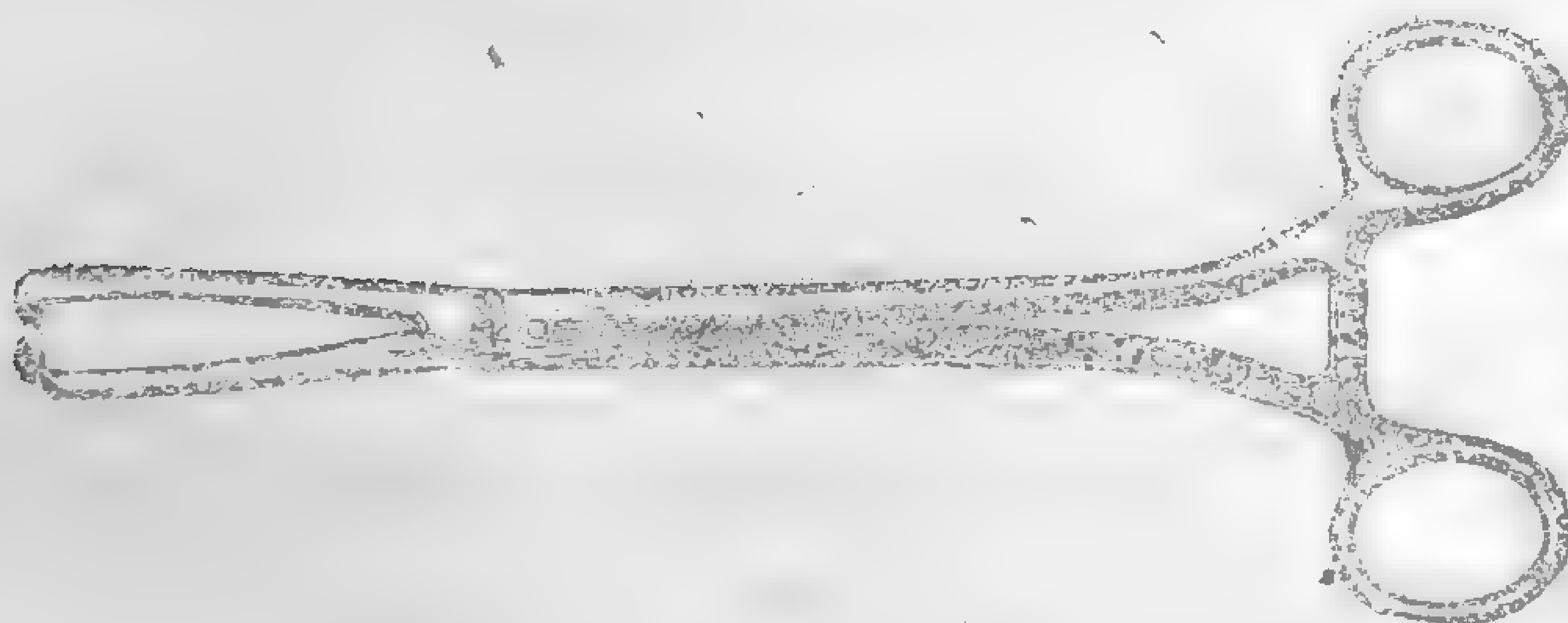
3) *Зонды*. Яны бываюць двух тыпаў. Адны служаць для выяўленьня праходнасьці каналу шыйкі маціцы і ўнутранага зёву, для вызначэньня кірунку маціцы і стану яе сьценак і для



Мал. 21. Доўгі пінцэт.



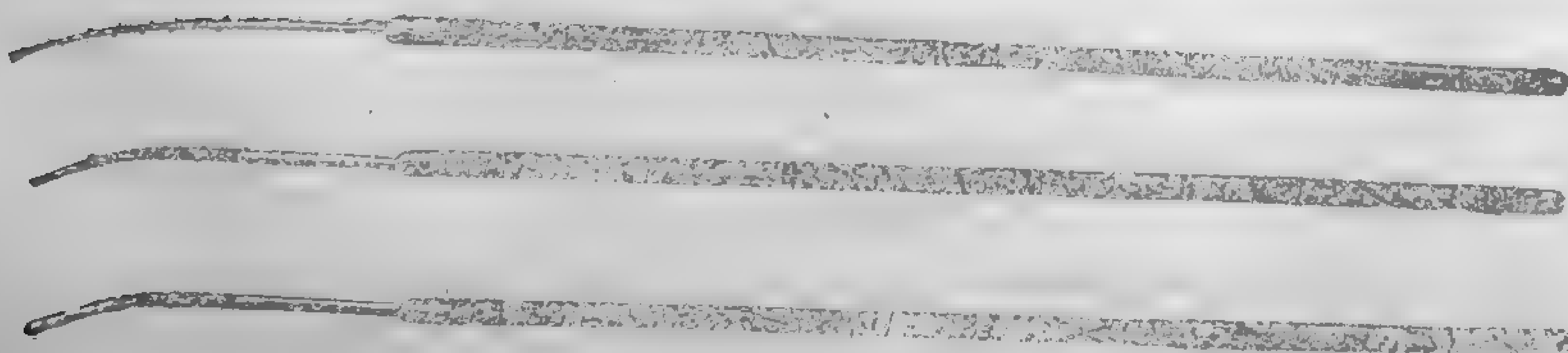
Мал. 22. Кулевыя абцугі.



Мал. 23. Абцугі Мюзэ.



Мал. 24. Мацічны зонд.

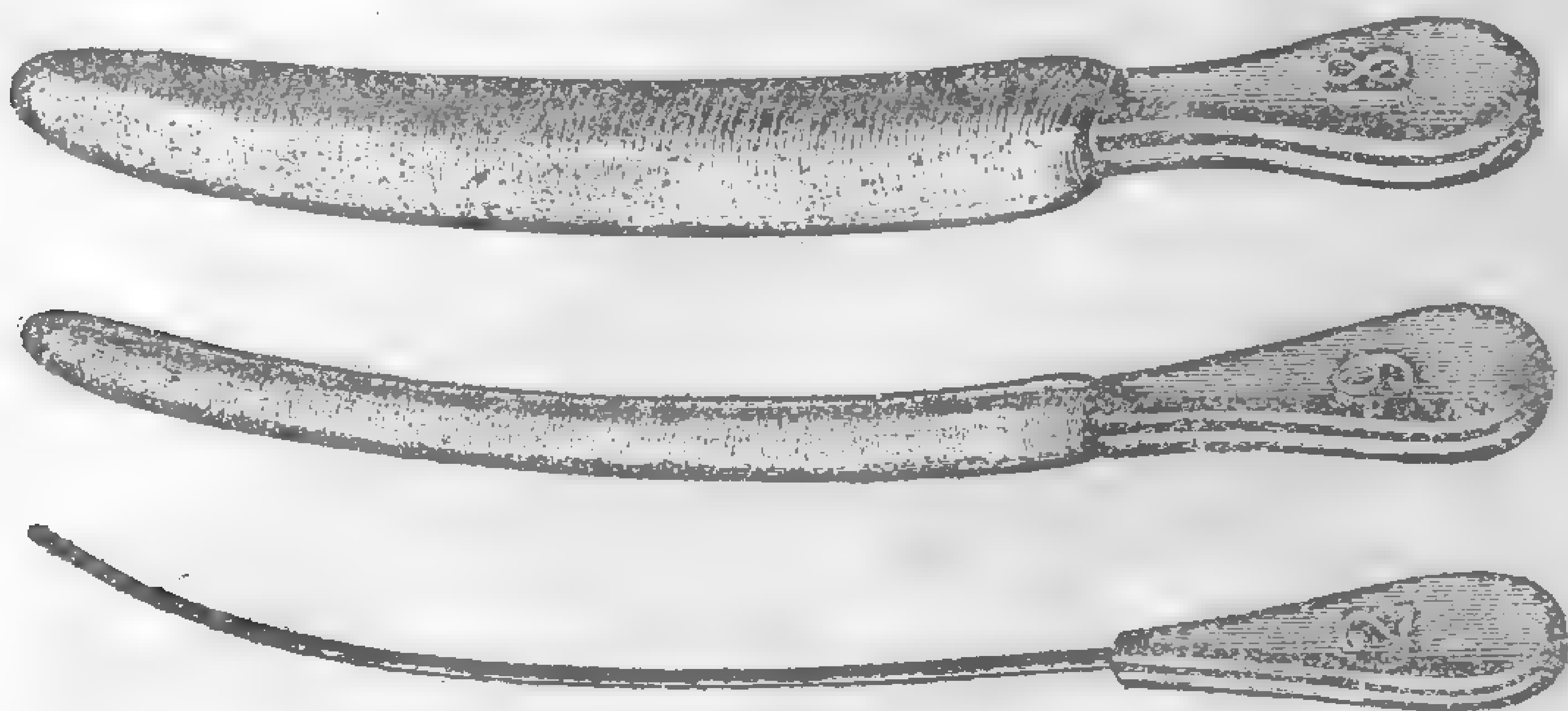


Мал. 25. Зонды Г[illegible]эра.

вымярэньня даўжыні яе поласьці (зонд Мартына) (мал. 24). Гэтыя зонды бываюць гладкія і з гузікападобным канцом, іншыя служаць для змазаньня каналу шыйкі і поласьці маціцы якою-небудзь лякарсьцьвеннай матэрыяй (зонд Плейфэра). Верхняя частка гэтых зондаў мае шурпаватую паверхню або нарэзкі, дзякуючы якім наверчваемая на іх вата або марля не спадаюць (мал. 25).

4) *Расшыральнікі.* Канал шыйкі маціцы пры нормальным яго стане прапускае толькі мацічны зонд. Але калі для дыягностычных і тэрапэўтычных мэт трэба зрабіць яго праходным для больш тоўстых інструмантаў і нават для пальца, то тады шыйку маціцы расшыраюць.

Расшырыць шыйку можна двума спосабамі: хуткім і павольным. Для хуткага расшырэньня ўжываюцца расшыральнікі

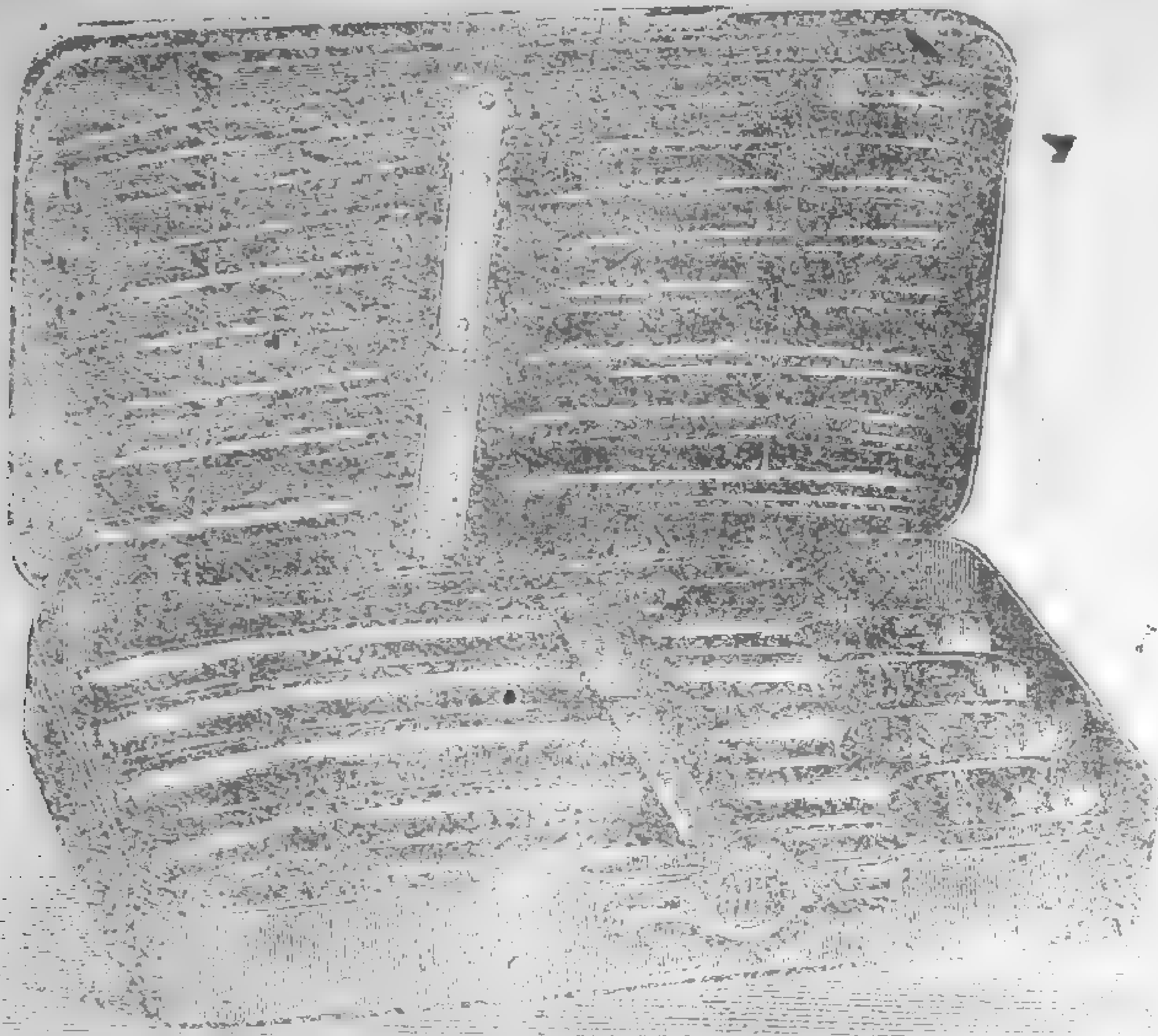


Мал. 26. Расшыральнік Гегара, ²/₃ натуральнай велічыні.

Гегара. Гэта мэталічныя палачкі, канцы якіх некалькі загнуты адпаведна звычайнаму згібу маціцы. На кожным з іх выгравіраваны нумар, які абазначае яго дыямэтр у мілімэтрах (мал. 26, 27). Як робіцца расшырэньне—апісана ніжэй (гл. выскабленьне).

Павольнае расшырэньне дасягаецца ўвядзеньнем у канал шыйкі палачкі лямінарыі, якая пад уплывам змочваньня сьлізам каналу і тэмпэратуры цела разбракае, павялічваецца ў аб'ёме і такім чынам расшырае канал. Гэтыя палачкі бываюць рознай таўшчыні, а даўжыня іх некалькі больш за нормальную даўжыню каналу. У знадворны канец такой палачкі зацягваецца нітка, за якую цягнуць пры выдаленьні палачкі з канала (мал. 28). Стэрылізуюцца яны сухою гарачынёю, праз абмываньне растворам сулемы і праз трыманьне іх у асэптычным стане.

Палачка ўводзіцца наступным чынам: пасьля абмываньня знадворных полавых частак і похвы і абціраньня іх сьпіртам,



Мал. 27. Набор расшыральнікаў Гегара.

похвавая частка маціцы адкрываецца люстэркам і захопліваецца кулевымі абцугамі. Прыцягваючы яе ўперад да ўваходу ў похву і зрабіўшы даступнай для зроку, змазваюць яе ёдам, а цэрвікальны канал выціраецца стэрыльнай ватай, наверчанай на плейфэраўскі зонд. Потым мартынаўскім зондам вызначаюць кірунак і ступень праходнасьці каналу. У адпаведнасьці з гэтым корнцангам захопліваецца ляминарыя пэўнай таўшчыні, змачваецца растворам лізоформу і асьцярожна ўводзіцца ў канал датуль, пакуль невялікая частка палачкі застанецца тырчаць са знадворнага зёву. Лямінарыя пакідаецца ў канале на 12—24 гадзіны, пасьля чаго яе за нітку выцягваюць. Трэба заўважыць, што выдаленьне набракшай палачкі з каналу зьвязана часамі з вялікімі цяжкасьцямі (мал. 28).



Мал. 28. Палачка Лямінарыя. *а*) Да ўвядзеньня; *в*) пасьля 12-гадзін ляжаньня ў шыйцы маціцы.

Расшырэньне палачкай лямінарыя адбываецца павольна, з прычыны чаго яно і праходзіць амаль бяз болю, у той час як расшырэньне гегарамі, якое адбываецца хутка, на працягу некалькіх мінут, суправаджаецца моцным болем і таму часамі патрабуе ўжываньня наркозу.

Бываюць выпадкі, калі шыйку маціцы прыходзіцца расшыраць **крывавым шляхам**, а іменна, пры дапамозе надрэзаў.

Некаторыя рэкомэндуюць расшыраць шыйку маціцы з дапамогаю вузкай палоскі ёдаформеннай марлі. Але гэтым спосабам можна карыстацца толькі ў часе цяжарнасьці, прычым ён часта не дасягае мэты, і апрача таго, увядзеньне марлі магчыма толькі пры часткова раскрытым канале шыйкі.

З усіх паданых спосабаў расшырэньня самы распаўсюджаны— расшырэньне пры дапамозе гегараўскіх дылятатараў, бо гэтым шляхам расшырэньне адбываецца хутка, наступная за ім опэрацыя праводзіцца ў адзін сэанс і яно зьвязана з мінімальнай рызыкай у сэнсе занясеньня інфэкцыі.

5. **Пробнае выскабленьне.** Калі анамнэз і клінічныя даныя выклікаюць западазрэньне ў злоякасным захворваньні сьлізевай абалонкі маціцы, то робяць пробнае выскабленьне, каб атрымаць матэрыял для мікроскопічнага дасьледваньня тканак. Неабходна выскабліць дастатковую колькасьць кавалачкаў, прытым з розных месц маційнай поласьці. Уеё саскобленае прамываецца ў вадзе, ачышчаецца ад згусткаў крыві і зьмяшчаецца ў слоік з растворам формаліну ці сьпірту.

Падрыхтоўка хворай да опэрацыі і тэхніка самой опэрацыі апісаны ніжэй, у разьдзеле аб опэрацыйных умяшаньнях.

6. **Высяканьне (эксцызія) кавалачкаў для мікроскопічнага дасьледваньня.** Эксцызія робіцца ў тых выпадках, калі на шыйцы маціцы ёсьць падазроная эрозія або калі ў похве зьяўляецца нова-ўтварэньне, выклікаючае сумненьне адносна яго добраякаснасьці. Яна заключаецца ў вырэзваньні клінападобнага кавалка, у які павінна ўвайсьці і здаровая тканка. Выразаны кавалак зьмяшчаецца ў слоік з растворам формаліну.

7. **Пробная пункцыя.** Яна робіцца праз похву ў заднім зводзе з тэй мэтай, каб паставіць дыфэрэнцыяльны дыягноз паміж крывязьліцьцем і эксудатам і для высьвятленьня характару эксудату. Для пробнай пункцыі карыстаюцца пяціграмавым

шпрыцам Праваца. Іголка ўколваецца ў найбольш выпнутае месца і ўводзіцца на глыбіню каля 3 *см*, пасьля чаго поршань выцягваецца. Атрыманая пры праколе вадкасьць (кроў або гной ці сэрозная вадкасьць) вырашае ўсе сумненьні наконт характару захворваньня.

8. Дасьледваньне выдзяленьняў. Дасьледваньне выдзяленьняў робіцца ў тым выпадку, калі яны па сваім выглядзе і па сымптомах, якія іх суправаджаюць, выклікаюць падазронасьць на гонорэйную інфэкцыю. Для дасьледваньня бяруць мазкі са знадворнай адтуліны мачавыпускальнага каналу, з ніжняй і верхняй трэці похвы і з цэрвікальнага каналу, прычым не рэкомэндуецца папярэдняя прамыўка гэтых месц якім-небудзь дэзынфэктуючым растворам. Мазкі бяруцца пры дапамозе плятынавай пятлі, з якой сакрэт размазваецца на спэцыяльныя прадметныя шкелкі.

9. **Цыстоскопія.** Апрача аналізу мачы, які неабходна зрабіць пры ўсякім расстройстве мачааддзяленьня, прыходзіцца часамі зьвяртацца да цыстоскопіі, г. зв. агляду ўнутранай паверхні і поласьці мачавога пузыра пры дапамозе спэцыяльнага прыбору—цыстоскопа. Гэты мэтод дасьледваньня ўжываецца для вызначэньня пухліны пузыра, пузырна-похвавых сьвішчоў, мачавых камянёў, іншародных цел і да т. п.

10. **Дасьледваньне крыві.** Ужываюцца яны ў гінэколёгіі як і ў іншых мэдычных галінах для распазнаваньня ўспаляльных процэсаў і інфэкцыйных захворваньняў. Асабліва шырока ўжываецца зараз р э а к ц ы я с к о р а с ь ц і а с я д а н ь н я э р ы т р о ц ы т а ў. Нормальнай скорасьцю асяданьня лічыцца час ад 3 да 6 гадзін, для цяжарнасьці—ад 1 да 3 гадзін, а для інфэкцыйных успаляльных захворваньняў—ад 10 мінут да 1 гадзіны.

Дасьледваньне крыві робіцца ў тых выпадках, калі ў дзяўчат або ў жанчын, звычайна надта маладых, зьяўляюцца моцныя і працяглыя мацічныя крывяцячэньні, якія не паддаюцца ніякаму лячэньню і якія часта суправаджаюцца крывяцячэньнем з носу і іншых сьлізявых абалонак, а таксама падскурнымі крывязьліцьцямі. У такіх выпадках аналіз крыві выяўляе значнае зьмяншэньне белых крывяных цельцаў (лейкоцытаў), што сьведчыць аб вельмі сур'ёзным захворваньні крыві—аб так званай хваробе Вэрльгофа.

У адносінах да паказаных у гэтым разьдзеле пунктаў ад акушэркі патрабуецца, каб яна ўмела зьбіраць анамнэз, выяўляць асноўную скаргу хворай, навучылася комбінаванаму дасьледваньню, магла-б больш-менш орыентавацца ў выніках дасьледваньня, правільна і бязбольна ўводзіць розвага роду люстэркі і на падставе анамнэстычных і об'ектыўных даных сваячасова накіроўвала хворых для дасьледваньня больш складанымі, ёй недаступнымі, мэтодамі (пробнае выскабленьне, пункцыя і да т. п.).

РАЗЬДЗЕЛ ТРЭЦІ

СЫМПТОМАТОЛЁГІЯ ЖАНОЧЫХ ХВАРОБ

Жанчыны зьвяртаюцца за гінэколёгічнай дапамогай пры зьяўленьні наступных сымптомаў: на першым месцы стаяць болі ў жываце, паясьніцы і крыжы; далей па частасьці ідуць белі, расстройствы мэнструацый, мацічныя крывяцячэньні, якія ня зьвязаны з мэнструацыяй, балючыя рэгулы і бясплоднасьць. Затым ужо ідуць скаргі на расстройства мачавыпусканьня, сьверб у знадворных полавых частках і інш. Да ўсіх гэтых скаргаў часта далучаюцца сымптомы з боку агульнага стану організму.

I. БОЛІ

Нішто так не прымушае хворага чалавека зьвяртацца за мэдычнай дапамогай, як болі. Зусім натуральна, што жанчына, адчуваючы болі ўнізе жывата, у пахвінах, у паясьніцы і ў крыжы, зьвяртаецца да гінэколёга або акушэркі. Болі, як вышэй было сказана, хворыя характарызуюць, як ныючыя, цягнучыя, колкападобныя, рэжучыя, схваткападобныя, страляючыя ў ніжнія канцавіны і сьпіну і т. д.

Болі ў жанчыны могуць быць выкліканы самымі рознастайнымі захворваньнямі полавай сфэры. Болі ў сярэдзіне ніжняй часткі жывата звычайна бываюць пры ўспаляльных процэсах маціцы (мэтрытах і эндомэтрытах) і брушнога яе пакрыцьця (пэрымэтрытах), болі ў пахвінах—пры ўспаленьні прыдаткаў маціцы (сальпінго-оофорытах); болі ў паясьніцы і крыжы—пры няправільным палажэньні маціцы (рэтровэрзія, рэтрофлексія, апусканьне і выпаданьне маціцы), пры заднім парамэтрыце і пэрымэтрыце, якія вядуць да ўспаленьня і пакарачэньня крыжовамацічных зьвязак, пры крывязьліцьцях у заднюю Дугляcаву прастору, пры новаўтварэньнях, злучаных з кішочнікам і да т. п.

Болі ў крыжы часта выклікаюцца ненормальным полавым жыцьцём (coitus interruptus); часта болі бываюць у клімактэрычным пэрыодзе.

Праўда, жанчына часта шукае дапамогі ў гінэколёга наваті тады, калі болі сконцэнтраваны ў вышэйляжачых вобласьцях жывата: у падлыжачнай вобласьці, у падраброў'і, у вобласьці печані, нырак і т. д. Яна ўсякі боль у жываце, дзе-б ён не адчуваўся, схільна прыпісваць захворваньням полавай сфэры. Між тым нават болі ў сьпіне, паясьніцы і крыжы не заўсёды зьвязаны з хваробамі полавых органаў. Часта прычыну гэтых боляй трэба шукаць у хваробах хрыбетніка, у падагры, рэўматызьме, люмбаго, у ныркавых камянёх, у блукаючай нырцы, у энтэроптозе (апушчэньне ўнутранасьцяй жывата), у грыжах, у паліпах прамой кішкі, у запорах і т. д. Вельмі часта болі ў крыжы зьяўляюцца адным з сымптомаў функцыянальнага расстройства нэрвовай сыстэмы—нэўрастэніі і гістэрыі і расстройства ўнутранай сакрэцыі. Калі некаторыя захворваньні полавага апарату, як хранічныя ўспаленьні труб і яечнікаў, вядуць у выніку да расстройства нэрваў, то бывае і адваротнае: жанчыны скардзяцца на боль унізе жывата і ў крыжы ў той час, калі ў полавых органах няма ніякіх зьмен, або ёсьць вельмі нязначныя зьмяненьні. І калі такіх жанчын больш падрабязна распытаць, то выявіцца, што яны пакутуюць і на галаўны боль і на галавакружэньні, што ў іх адсутнасьць апэтыту, дрэннае страваваньне, дрэнны сон, слабасьць, апатыя, бывае боль у розных частках цела і т. д.—адным словам, яны маюць такі комплекс зьяў, які характарызуе нэўрастэнічак. Дыягноз „нэўрастэнія“ або „гістэрыя“ будзе яшчэ больш выразным, калі мы даведаемся ад хворай, што яна са сваімі шматлікімі скаргамі абходзіла розных урачоў, мае цэлую вязку рэцэптаў і нават перанесла опэрацыю, але бяз усякіх вынікаў.

II. БЕЛІ

Другі часты сымптом, на які ўказвае хворая жанчына—гэта выдзяленьні з полавых органаў—так званыя белі. Яны бываюць сьлізявыя, сэрозна-сьлізявыя, сьлізява-гнойныя і гнойныя. Па колеры яны бываюць вадзяністыя і шклавідныя, малочнага колеру або тварожыстыя і жоўтыя ці зялёныя, часам з дамешкаю крыві.

Шклавідныя або сьлізявыя белі часта сустракаюцца ў жанчын і нават у дзяўчын, не становячы сабой нічога патолёгічнага. Яны бываюць пераважна ў асоб малакроўных або ў асоб з упад-

кам жыўленьня. Такога роду белі назіраюцца яшчэ ў жанчын, у якіх часта бываюць запоры.

Але часьцей за ўсё белі зьяўляюцца вынікам успаляльных працэсаў полавага апарату, якія выклікаюцца пераважна бактэрыямі, радзей—мэханічнымі або хімічнымі раздражненьнямі. Такія белі бываюць з дамешкаю гною або чыста гнойныя, разьядаюць навакольныя часткі, выклікаюць сьвярбеньне і пакідаюць на бялізьне жоўтыя або зялёныя плямы. Такія белі ў жанчыны могуць быць вынікам бруднага ўтрыманьня знадворных полавых органаў, доўгага знаходжаньня ў похве іншародных цел (мацічныя колцы, папераджальны каўпачок і т. д.), ад полавых зносін ў часе мэнструацый, мастурбацыі (оналізму) і т. д. Але галоўную ролю ў этыолёгіі ўспаляльных працэсаў полавага апарата і, значыцца, ва ўзьнікненьні беляй адыгрывае трыпэр (гонорэя). Гэта захворваньне, якое дае сур'ёзныя вынікі, будзе апісана ніжэй. Белі клейкія, едкія, часамі з дамешкаю крыві, сустракаюцца ў старых жанчын.

Белі са смуродным пахам, якія маюць сукравічны характар, бываюць пры злаякасных новаўтварэньнях мацiцы (пры раку і саркоме).

Нярэдка белі назіраюцца і ў дзяўчынак. Яны бываюць на глебе малакроўя, залатухі і рахіту, але таксама і ад заражэньня гонорэяй маткаю, нянькай або іншай жанчынай пры карыстаньні адною і тою-ж бялізнаю і адным ложкам.

III. РАССТРОЙСТВЫ МЭНСТРУАЦЫЙ

Мы ўжо ведаем, што нормальнымі мэнструацыямі лічацца такія, якія зьяўляюцца рэгулярна кожныя 3—4 тыдні, прадаўжаюцца 3—5 дзён у мернай колькасьці і бяз боляй у жываце. Але калі мэнструацыі бываюць балючымі (дысмэнорэя), або калі яны адсутнічаюць ці рэдка зьяўляюцца (амэнорэя), або, наадварот, вельмі збыткоўныя (мэнорагія), то такія адхіленьні ад нормы ўказваюць на якое-небудзь захворваньне полавага апарата, або на агульнае расстройства організму.

1. **Дысмэнорэя.** У многіх жанчын, а яшчэ часьцей у маладых дзяўчат мэнструацыі суправаджаюцца вострымі болямі ў жываце, паясьніцы і крыжы. Гэтыя болі зьяўляюцца часамі за некалькі дзён да наступленьня мэнструацый або ў першыя дні мэнструацый, рэдка к канцу іх. Болі часамі бываюць настолькі моцныя, што выклікаюць нудзеньне, ваніты, сударгі і да т. п.

і робяць жанчыну ў гэтыя дні непрацаздольнай, прымушаючы легчы ў ложка.

Дысмэнорэя бывае мэханічная, успаляльная і нэрвовая.

Мэханічная дысмэнорэя выклікаецца няправільным палажэньнем мацiцы (рэтрофлексіяй і патолёгічнай антэфлексіяй), прыроджаным або набытым звужэньнем унутранага зёву шыйкі або закрыцьцём яго поліпамі і пухлінамі. Ва ўсіх гэтых выпадках звужэньне зёву або перагіб мацiцы перашкаджае свабоднаму выцяканьню мэнструальнай крыві і такім чынам выдзяленьне крыві суправаджаецца болямі.

Успаляльная дысмэнорэя назіраецца пры ўспаленьні прыдаткаў мацiцы, пры разрастаньні сьлізевай абалонкі мацiцы.

Нэрвовая дысмэнорэя характарызуецца адсутнасьцю якіх-небудзь анатомічных зьмен і ўспаляльных процэсаў у палавай сфэры і сустракаецца ў жанчын і асабліва ў маладых дзяўчын з павышанай чульлівасьцю нэрвовай сыстэмы і з праявамі хлёрозу, анэміі, гістэрыі і т. д. Вядомую ролю адыгрывае таксама і констытуцыя (астэнія).

2. Амэнорэя. Амэнорэя, г. зн. адсутнасьць мэнструацый у жанчыны, якая раней рэгулярна мэнструіравала, бывае як фізыолёгічная зьява, у часе цяжарнасьці, у часе кармленьня грудзьмі (лектацыйная амэнорэя) і ў клімактэрычным пэрыядзе. У апошнім выпадку рэгулы ў пачатку гэтага пэрыяду зьяўляюцца са спазьненьнямі і нават з перапынкамі на некалькі месяцаў, а потым і зусім спыняюцца.

Часовая адсутнасьць рэгул назіраецца яшчэ ў жанчын пад уплывам зьмены клімату, пры выкананьні цяжкай фізычнай работы, як гэта бывае ў многіх сялянак у часе летніх палявых работ, пры дрэнным харчаваньні, як гэта назіралася ў часе імпэрыялістычнай і грамадзянскай вайны. Псыхічныя моманты, як спалох і моцныя нэрвовыя ўзрушэньні, што бывала ў часе пагромаў і бандытызму, таксама выклікаюць амэнорэю. Западта старыннае выскабленьне сьлізьніцы мацiцы таксама можа выклікаць спыненьне мэнструацый аж да яе рэгенэрацыі.

Адсутнасьць мэнструацый на працягу многіх год і нават поўнае іх спыненьне бывае пры агульных захворваньнях організму і пры зьнясіляючых хваробах: пры рэзкім малакроўі, актыўных формах тубэркулёзу, цяжкіх пароках сэрца, цяжкім нэфрыце, дыябэце, Базэдавай хваробе, празьмерным атлусьценьні, эпілепсіі і псыхічных захворваньнях. Часта прычынай амэнорэі

бываюць перанесеныя вострыя інфэкцыйныя хваробы, як тыф, халера, дызэнтэрыя, воспа і інш.

Ва ўсіх пералічаных выпадках амэнорэі як фізыолёгічнай, так і патолёгічнай, констатуецца атрофія маціцы, як вынік зьніжанай дзейнасьці яечнікаў.

Поўная адсутнасьць мэнструацый бывае ў наступных выпадках: пры прыроджаным недаразьвіцьці маціцы і яечнікаў, пры пухлінах і ўспаляльных процэсах з паражэньнем усяго фолікулярнага апарату яечнікаў і пасьля выдаленьня маціцы або яечнікаў шляхам опэрацыі (кастрацыя).

Бываюць выпадкі, калі процэсы овуляцыі і мэнструацыі адбываюцца правільна, г. зн. штомесячна ў яечніку дасьпявае яйцо, а са сьлізьніцы маціцы выдзяляецца кроў, але гэтая мэнструальная кроў, дзякуючы прыроджанаму або набытаму зарастаньню дзявочай плявы, похвы, або шыйкі маціцы, не знаходзіць сабе выхаду і не выдзяляецца вонкі, а зьбіраецца ў похве або ў маціцы (больш падрабязна аб гэтым у аддзеле аб пароках разьвіцьця). Тут, значыцца, мы маем уяўную амэнорэю.

3. **Мэнорагія.** Мы ўжо ведаем, што нормальным тыпам мэнструацый лічыцца той, пры якім кроў зьяўляецца рэгулярна праз кожныя 3—4 тыдні, і выдзяляецца ў нязначнай колькасьці на працягу 3—5 дзён. Але калі мэнструацыі зьяўляюцца праз больш кароткія тэрміны (кожныя 2—3 тыдні), бываюць больш працяглымі (5—8 дзён) і кроў выдзяляецца ў вялікай колькасьці і згусткамі, так што жанчына пасьля іх адчувае слабасьць, то такія мэнструацыі зьяўляюцца патолёгічнымі і носяць назву „мэнорагія“.

Прычыну мэнорагіі, як і пры амэнорэі, трэба шукаць або ў мясцовым захворваньні полавай сфэры, або ў агульных захворваньнях організму.

Да мясцовых захворваньняў належаць: успаляльныя процэсы маціцы і яе прыдаткаў, асабліва гонаройнага паходжаньня, няправільнае палажэньне маціцы, новаўтварэньні маціцы і асабліва падсьлізьнічныя міомы. Нормальны тып рэгул набывае часта патолёгічную форму пасьля аборту. Мэнорагія часта назіраецца пры надыходзе клімактэрычнага пэрыоду, што пераважна знаходзіцца ў сувязі са зьменамі судзін маціцы—артэрыёсклерозам.

З агульных захворваньняў організму мэнорагію выклікаюць перш-на-перш тыя, пры якіх бывае ненормальны састаў

крыві, а іменна: анэмія, хлёроз, хвароба Вэрльгофа, геморагічная пурпура і інш. Часта геморагія назіраецца пры хваробах сэрца, нырак, пры ўпорных хронічных запорах. Бывае яна таксама ў жанчын, якія прымушаны працаваць седзячы.

4. Мэтрорагія—гэта тыя мацічныя крывяцячэньні, якія ў адрозьненьне ад мэнорагіі, не знаходзяцца ні ў якай залежнасьці ад овуляцыі, а таму не зьяўляюцца пэрыодычна, г. зн. у пэўныя прамежкі часу, а, зьяўляючыся ў большай або меншай колькасьці, цягнуцца некалькі тыдняў і больш і перапыняюцца няроўнамернымі паўзамі.

Такія крывяцячэньні бываюць, па-першае, у часе цяжарнасьці пры пачатку выкідка, калі плоднае яйцо пачынае аддзяляцца ад сьценкі маціцы, і ў вялікай колькасьці—пры выхадзе яйца з маціцы. Гэтыя крывяцячэньні могуць быць вельмі працяглымі пры няпоўным выкідку, г. зн. калі ў поласьці маціцы засталіся частачкі плоднага яйца. Крывяцячэньне ў больш позьнія тэрміны цяжарнасьці павінна выклікаць падазрэньне на перадляжаньне дзіцячага месца, што зьяўляецца небясьпечным ускладненьнем для цяжарнай. Нязначныя крывяцячэньні ў выглядзе выдзяленьняў крыві цёмна-карычневага колеру, падобнай да кававай гушчы (калі, як хворыя кажуць у такіх выпадках, „мажацца"), якія зьяўляюцца пасьля затрыманьня рэгул на невялікі тэрмін, і пры гэтым суправаджаюцца моцнымі болямі ў жываце, павінны навесьці на думку аб па-за мацічнай цяжарнасьці.

Крывяцячэньні, па-другое, бываюць у пасьляродавым пэрыодзе, калі ў поласьці маціцы затрымаліся рэшткі плянцэнты, або пры дрэнным скарачэньні маціцы. Чамусьці сярод някультурных слаёў насельніцтва, асабліва ў вёсцы, існуе думка, што выдзяленьне крыві пасьля родаў павінна адбывацца на працягу шасьці тыдняў. З гэтым недарэчным поглядам акушэрка павінна змагацца, бо пры нормальным праходжаньні пасьляродавага пэрыоду крывяністыя выдзяленьні павінны спыніцца на 4—6 дзень пасьля родаў.

Мэтрорагія, па-трэцяе, назіраецца пры добраякасных і злаякасных пухлінах маціцы. З добраякасных пухлін збыткоўныя і працяглыя крывяцячэньні даюць падсьлізьнічныя міомы і міоматозныя поліпы, якія растуць у поласьці маціцы. Сьлізавыя поліпы, якія выходзяць з шыйкі маціцы, звычайна таксама выдзяляюць кроў.

Пры злаякасных новаўтварэньнях, часьцей усяго пры раку маціцы, крывяністыя выдзяленьні бываюць нязначныя. Зьмешваючыся са смуроднымі белямі, яны набываюць выгляд мясных памыяў.

Па-чацьвертае, мэтрарагіі назіраюцца пры ўспаляльным стане сьлізевай абалонкі маціцы (эндомэтрыце) і ўспаленьні прыдаткаў маціцы, г. зн. труб і яечнікаў (сальпінго-оофорыце). У гэтых выпадках пасьля нормальных месячных зноў зьяўляецца выдзяленьне крыві, часамі ў значнай колькасьці.

Па-пятае, да мэтрарагіі адносяцца так званыя пасьляклімактэрычныя крывацячэньні, г. зн. тыя выпадкі, калі ўжо пасьля надыходу клімактэрыя, праз вялікі прамежак часу, часамі праз некалькі год, калі дзейнасьць яечнікаў даўно ўжо спынілася, зноў пачынае выдзяляцца кроў з полавых шляхоў. На такую зьяву трэба зьвярнуць асаблівую ўвагу, бо яна сыгналізуе аб магчымасьці наяўнасьці раку маціцы.

Лячэньне ўсіх вышэйазначаных сымптомаў, як болі, белі і расстройствы мэнструацый, знаходзіцца ў залежнасьці ад асноўнай хваробы, якая выклікае той або іншы сымптом.

IV. ВАГІНІЗМ

Вагінізмам называецца такая паталёгічная зьява, пры якой самае нязначнае дакрананьне да дзявочай плявы выклікае сударгавае балючае скарачэньне цягліцы, якая сьціскае ўваход у похву. Пры такім стане немагчымы ня толькі полавыя зносіны, але і ўсякія спробы гінэколёгічнага дасьледваньня. Часамі адно набліжэньне дасьледуючых пальцаў наводзіць на жанчыну жах і выклікае крыкі.

Гэтая павышаная чульлівасьць дзявочай плявы выклікаецца рознымі прычынамі. Яна можа быць вынікам грубых і няўдалых спроб полавых зносін. У іншых выпадках вагінізм абумоўліваецца якім-небудзь мясцовым працэсам у выглядзе ранак, трэшчын і ўспаленьняў сьлізевай абалонкі ўваходу ў похву. Часта вагінізм узьнікае на глебе псыхастэніі і таму назіраецца ў нэрвовых і гістэрычных жанчын.

Лячэньне вагінізму ў залежнасьці ад прычын бывае套 рознае. Часамі адно ўнушэньне дзейнічае на хворую супакойліва, калі зыходным пунктам боляй і боязьні полавых зносін зьяўляецца нэрвовая сыстэма. Дапаможным сродкам зьяўляецца ўзмацняючае лячэньне і бромістыя прэпараты. Пры наяўнасьці трэшчын і ранак неабходны прыпальваньні. Пры непадатнасьці гімэна ў лёгкіх

выпадках дастаткова сыстэматычнага расшырэньня на працягу двух тыдняў трубчастымі люстэркамі ўзрастаючай таўшчыні. У больш цяжкіх выпадках ужываецца насільственнае расьцягненьне ўваходу ў похву пад наркозам або колцападобнае высячэньне дзявочай плявы з наступным зашываньнем краёў раны.

V. СЬВЕРБ У ЗНАДВОРНЫХ ПОЛАВЫХ ЧАСТКАХ
(Pruritus vulvae)

Гэты сымптом часамі бывае настолькі нясьцерпным і цяготным, што часта пазбаўляе жанчыну сну.

Прычыны сьвербу наступныя:

1. Паразіты полавых органаў. Да іх адносяцца плошчыца і глісты-вострыцы.

Плошчыца (Pediculi pubis)—гэта паразіты, якія сядзяць у валасах лабка. Яны мала рухавыя і з цяжкасьцю здымаюцца з валасоў. Прысутнасьць іх выяўляецца дзякуючы ўтварэньню на скуры дробных цёмна-карычневых плям. Заражэньне імі адбываецца пры полавых зносінах, а таксама праз пасьцельную бялізну. Калі ня прымаць мер да іх зьнішчэньня, то яны пазногцямі пераносяцца на іншыя валасістыя часткі цела, асабліва ў падпахавыя яміны, на бровы, на расьніцы і нават часамі ў валасы галавы.

Профіляктыка зьяўленьня плошчыц магчыма толькі тады, калі вядома іх наяўнасьць у аднаго з індывідумаў, якія знаходзяцца ў полавай сувязі. Зразумела, што да поўнага вылячэньня павінна быць спынена гэтая сувязь і карыстаньне аднэй пасьцельлю. Каб плошчыцы не пераносіліся на іншыя валасістыя часткі цела, неабходна часта мыць рукі і ўнікаць дакрананьня рукамі да гэтых частак.

Лячэньне: коратка абстрыгчы валасы лабка і ўціраць шэрую або белую ртутную мазь або абмываць лабок растворам (1 : 1000) сулемы. Праз тры дні прыняць ванну або памыцца ў бані і зьмяніць нацельную і пасьцельную бялізну.

Астрыцы (Oxyuris)—гэта паразіты, якія жывуць у тоўстых кішках, куды яны трапляюць разам з ежаю. З задняга праходу яны трапляюць на знадворныя полавыя часткі і ў похву. Апрача сьвербу яны могуць яшчэ выклікаць раздражэньне і ўспаленьне знадворных полавых органаў. Часьцей за ўсё сустракаюцца яны ў дзяцей.

Профіляктыка павінна заключацца ў чыстаце і акуратным утрыманьні полавых частак, а таксама ва ўжываньні харчовых продуктаў, папярэдне ачышчаных або пераварананых.

Лячэньне павінна заключацца ў прапісваньні глістагонных сродкаў і адначасова ў частых абмываньнях знадворных полавых частак і похвавых спрынцаваньнях дэзынфэктуючымі растворамі. У дзяцей можна часта абмежавацца клізмай з вады тэмпэратуры пакою з часнаком. Палавіну цыбуліны часнаку раздрабняюць нажом і настойваюць у дзьвёх шклянках вады на працягу дзьвёх гадзін.

2. **Гнойныя, едкія белі**, асабліва гонаройнага паходжаньня. Выклікаемы імі сьверб зьнішчаецца похвавымі спрынцаваньнямі, якія ўжываюцца пры лячэньні гонарэі.

3. **Цукровая хвароба (дыябэт).** Пры вялікай колькасьці цукру ў мачы ён можа пачаць брузавацы, і калі такая мача трапляе на знадворныя полавыя часткі, то яна выклікае раздражненьне гэтых частак і надта моцны сьверб, які можа прывесьці да расчэсаў і экзэмы. Некаторыя аўтары думаюць, што цыркулюючы ў крыві цукар, дзейнічаючы на нэрвовую сыстэму, выклікае сьверб у полавых частках падобна да таго, як ён раздражняе скуру, і ў іншых частках цела. Таму, пры адсутнасьці іншых прычын зьяўленьня сьвербу, неабходна дасьледваць мачу на прадмет знаходжаньня ў ёй цукру. Лячэньне зводзіцца да адхіленьня асноўнай хваробы.

4. Сьверб яшчэ бывае ў жанчын у **клімактэрычным пэрыодзе** і ў **старым узросьце**. Тлумачаць гэты сымптом зморшчваньнем і атрофіяй тканак знадворных полавых частак (Craurosis Vulvae).

У гэтых выпадках сьверб доўга не паддаецца лячэньню рознымі фармацэўтычнымі сродкамі, як уціраньне 4% карболавага масла і розных мазяй, прыпальваньне 10% растворам ляпісу і да т. п. Ва ўпорных выпадках з посьпехам ужываецца рэнтгенізацыя знадворных полавых органаў.

VI. РАССТРОЙСТВЫ МАЧАВЫПУСКАНЬНЯ

Блізкае суседзтва полавых органаў жанчыны з мачавыпускальным каналам і мачавым пузыром садзейнічае таму, што гінэколёгічныя захворваньні выклікаюць розныя расстройствы мачавыпусканьня, а іменна: частыя позывы на мачу, болі, пякучасьць і рэзь у пачатку або ў канцы мачавыпусканьня, нятрыманьне

і адвольнае выцяканьне мачы з похвы і, урэшце, затрыманьне мачы.

Частыя позывы на мачу бываюць пры апусканьні і выпаданьні пярэдняй сьценкі похвы, за якой ідзе і пузыр (Cystocele), а таксама пры пухлінах мацицы, якія націскаюць на пузыр.

Болі, пякучасьць і рэзь у пачатку акту мачавыпусканьня, якія суправаджаюцца частымі позывамі, сьведчаць аб успаленьні мачавыпускальнага каналу (урэтрыт); тыя-ж зьявы ў канцы мачавыпусканьня бываюць пры ўспаленьні мачавога пузыра (цыстыт). У гэтых выпадках аналіз мачы выяўляе вялікую колькасьць лейкоцытаў (гной), а часамі і эрытрацытаў (кроў). Урэтрыт і цыстыт часьцей за ўсё бываюць на глебе заражэньня гонорэяй. Часта жанчыны скардзяцца на нятрыманьне мачы пры розных напружаньнях цела: пры кашлі, чыханьні, нагінаньні, надужваньні, і да т. п. Гэтая зьява звычайна назіраецца пры аслабленьні сфінктэра мачавога пузыра нэрвовага паходжаньня.

Больш сур'ёзнае расстройства мачавыпусканьня, якое робіць жанчыну непрацаздольнай, гаворыць аб наяўнасьці мачаполавага сьвішча, г. зн. на маючыяся зносіны паміж урэтрай або пузыром з похвай. У гэтым выпадку мача бесьперапынна і адвольна выцякае праз похву. Гэта хвароба надзвычайна цяжкая для хворай і яе акружаючых.

Затрыманьне мачы наглядаецца пры ўшчымленьні павялічанай і перагнутай к заду мацицы. Часьцей за ўсё гэта бывае пры ўшчымленьні цяжарнай на трэцім месяцы рэтрофлектаванай мацицы. У гэтых выпадках апаражненьне пузыра магчыма толькі з дапамогаю катэтара. Да катэтара прыходзіцца часамі звараччацца пры ўшчымленьні мацицы living рознымі пухлінамі, якія знаходзяцца ў малым тазе.

Розныя расстройствы мачавыпусканьня назіраюцца яшчэ пры гінэколёгічных захвораньнях, якія пашыраюцца з полавых органаў на мачавы пузыр. Так, напрыклад, успаленьне тазавай брушыны ўцягвае ў гэты працэс брушыну, пакрываючую мачавы пузыр і акружаючую яго клеткавіну і такім чынам жанчына адчувае болі пры напаўненьні мачавога пузыра і пры мачавыпусканьні. Аб лячэньні ўсіх гэтых відаў расстройства мачавыпусканьня гаворыцца ніжэй і ў адпаведных аддзелах.

Каб лячыць хваробу, трэба ведаць прычыну яе (этыолёгію). З адхіленьнем прычыны вылечваецца і хвароба. Але прычыны многіх захворваньняў нам яшчэ невядомы, або часта здараецца, што пры першым аглядзе і дасьледваньні хворай не заўсёды магчыма ўстанавіць дыягноз хваробы—і вось у такіх выпадках прыходзіцца звярачацца да сымптоматычнага лячэньня, г. зн. прызначыць лячэньне супроць кожнага сымптому паасобку. Так робіць урач, а тым больш так прыходзіцца рабіць акушэрцы. Да яе на раёне часьцей, чым да ўрача, звярачаюцца жанчыны з той або іншай скаргай, з указаньнем на адзін або некальк вышэй указаных сымптомаў, і ёй прыходзіцца да ўстанаўленьня ўрачом дыягнозу хоць часова палегчыць пакуты хворай—і тады яна вымушана, незалежна ад прычыны, выклікаўшай той або іншы сымптом, прызначыць той або іншы сродак. Які іменна сродак прызначаецца пры тым або іншым сымптоме—указваецца ў наступным разьдзеле, а таксама ў розных мясцох гэтага падручніка.

РАЗЬДЗЕЛ ЧАЦЬВЕРТЫ

АГУЛЬНАЯ ТЭРАПІЯ ЖАНОЧЫХ ХВАРОБ

I. РЭЖЫМ ГІНЭКОЛЁГІЧНЫХ ХВОРЫХ

Кожны здаровы, нормальна функцыяніруючы орган мае патрэбу ў адпачынку—такое агульнае правіла гігіены; кожны хворы орган патрабуе спакою – такое агульнае правіла тэрапіі. Асабліва гэта датычыць органа, паражанага ўспаляльным процэсам, а таму такі орган павінен знаходзіцца ў поўным спакоі, г. зн. не павінен падлягаць якім-небудзь траўмам, зьмяшчэньням, страсеньням і ціску.

Гэтага важнага правіла трэба асабліва прытрымлівацца ў адносінах да гінэколёгічных хворых, бо большасьць жаночых хвароб бывае ўспаляльнага характару і пераважна на глебе гонорэі. У цяжкіх і, бязумоўна, вострых выпадках такія хворыя павінны сьцерагчыся розных страсеньняў, а таму ім неабходна забараніць язду на вэлёсыпэдзе або конна, шыцьцё на ножнай машыне і да т. п. Часта нават ад неасьцярожнага ўнутранога дасьледваньня, пры моцным ціску на хворы орган, заціхлы ўспаляльны процэс можа абвастрыцца.

Шкодна адбіваецца на хворым органе тазавай вобласьці павышаны ўнутраны ціск, а таму такім хворым трэба сьцерагчыся падыманьня цяжараў, хадджэньня на лесьвіцы і да т. п.

На падставе гэтага жанчын, якія займаюцца цяжкай фізычнай работай, органы аховы працы для ўніканьня абвастрэньня наяўных у іх успаляльных процэсаў полавых органаў, часова, да вылячэньня, пераводзяць на больш лёгкую работу, пры якой хворы орган мог-бы знаходзіцца ў спакоі.

З прычыны таго, што ў часе мэструацый многія гінэколёгічныя захворваньні могуць абвастрыцца (узмацненьне боляй, большае выдзяленьне крыві), такія хворыя павінны ў мэнструальны пэрыод трымаць сябе асьцярожна і ўнікаць узмоцненых рухаў.

Далей, гінэколёгічныя хворыя павінны сачыць за правільным функцыянаваньнем кішочніку. Калавыя масы выклікаюць зьмяшчэньне і раздражненьне хворых органаў. Таму пры запорах трэба рэгулярна апаражняць кішочнік. Дасягнуць гэтага магчыма часткова шляхам ужываньня ў ежу сыраквашы, чорнага хлеба, фруктаў і гародніны. Часамі добра ўплывае выпітая нашча шклянка халоднай вады. Ва ўпорных выпадках даводзіцца зварачвацца да клізм і лёгкіх развальняючых сродкаў (Баталінская вада, Cascara, гемароідальны і Боткінскі парашок). Моцна дзейнічаючых развальняючых трэба ўнікаць.

Урэшце, кажучы аб рэжыме гінэколёгічных хворых, трэба асабліва падкрэсьліць і цьвёрда памятаць, што хворым з успаляльнымі процэсамі ў тазе павінны быць бязумоўна забаронены полавыя зносіны, бо яны выклікаюць прыліў крыві да полавых органаў. Спрыяльнае дзеяньне курортнага лячэньня можна ў некаторай ступені прыпісаць вымушанаму полаваму ўстрыманьню.

II. КОНСЭРВАТЫЎНЫЯ МЭТОДЫ ЛЯЧЭНЬНЯ

1. Спэцыяльна-гінэколёгічныя мэтоды лячэньня. *Спрынцаваньні.* З консэрватыўных мэтодаў лячэньня самы пашыраны—гэта похвавыя спрынцаваньні. Яны ўжываюцца для прамываньня і ачышчэньня похвы і галоўным чынам для ўзьдзеяньня растворанымі ў вадзе лекавымі матэрыямі на сьлізевую абалонку похвы і на похвавую частку маціцы.

Спрынцаваньні робяцца ўсім вядомаю кружкаю Эсмарха, У гумовую трубку якой удзяецца так званы мацічны наканцоўнікі. Наканцоўнікі бываюць шкляныя і гутаперчавыя з некалькімі невялічкімі адтулінамі або з адной больш шырокай. Са шкляных лепш ужываць наканцоўнік з адною адтулінаю, бо шкляныя наканцоўнікі з некалькімі адтулінамі вельмі ломяцца і дрэнна чысьцяцца.

Раней чым распачаць спрынцаваньне, трэба добра вымыць кружку і гумовую трубку, прагатаваць наканцоўнік і злучыць яго з трубкай. Потым уліваюць у кружку нарыхтаваны для спрынцаваньня раствор той тэмпэратуры, якая была прадпісана ўрачом. Напоўненую кружку вешаюць на сьцяну на вышыні 1 *м* над месцам ляжаньня хворай. Гэта месца (ложак або канапа) засьцілаецца цыратай. Пад таз жанчыны падстаўляюць падклад-

ное судно. Пры адсутнасьці судна хворая кладзецца ўпоперак ложка або канапы і ссунуўшыся на самы бераг, ставіць ногі на дзьве адсунутыя адна ад адной табурэткі або два крэсла, паміж якімі на падлогу ставіцца вядро. Па падкладзенай пад таз хворай цыраце вада сьцякае ў падстаўленае вядро.

Перад тым, як увесьці наканцоўнік, выпускаюць з трубкі паветра і астыўшую ў ёй ваду, потым выпускаюць яшчэ некаторую колькасьць вадкасьці і абмываюць уваход у похву, і затым ужо ўводзяць наканцоўнік. Заўважыўшы па ўзроўні вады ў кружцы, што яе ўжо асталося мала, закрываюць крант або сьціскаюць трубку пальцамі, каб вада, што засталася на дне, а за ёю і паветра, ня трапілі ў похву.

Пасьля спрынцаваньня належыць ляжаць каля 15—20 мінут. Кружка пасьля кожнага спрынцаваньня пакрываецца чыстай сарвэткай, каб у яе ня трапіў пыл, час ад часу яна вымываецца, а наканцоўнік захоўваецца ў якім-небудзь антысэптычным растворы.

Некаторыя жанчыны карыстаюцца для спрынцаваньняў гумовымі балёнамі з касьцянымі наканцоўнікамі. Для гэтай мэты трэба лічыць іх няпрыдатнымі, бо іх нельга трымаць у чыстаце і апрача таго, пры карыстаньні імі немагчыма рэгуляваць сілу струменю і пры выціскаваньні з іх вадкасьці адначасова ўдуваецца і паветра.

Колькасьць патрэбнай для спрынцаваньня вады, тэмпэратура яе і род лякарства, раствараемага ў ёй, вызначаецца ўрачом. Звычайна спрынцаваньні прызначаюцца 2 разы ўдзень—раніцою і ўвечары па аднэй кружцы. У некаторых выпадках спрынцаваньні робяцца часьцей або ўжываецца большая колькасьць вады. Вялікае значэньне мае і тэмпэратура вады. Цёплыя спрынцаваньні (28°—32°) прызначаюцца для ачышчэньня похвы ад выдзяленьняў і для ўвядзеньня лекавых раствораў. Гарачыя спрынцаваньні (30°—40°) ужываюцца для спыненьня мацічных крывацячэньняў, бо такімі спрынцаваньнямі выклікаецца скарачэньне мускулатуры маціцы і сьцісканьне судзін.

З лекавых сродкаў найбольш пашыраны наступныя: сулема, лізоформ, лізоль, марганцава-кіслы калій, малочная кіслата, квасцы, танін, хлёрысты цынк, дрэўны воцат, сода і інш. (гл. рэцэптурныя формулы ў „Дадатках").

Лекавыя клізмы. Яны бываюць двух тыпаў: гарачыя і лякарсьцьвенныя. Гарачыя клізмы ўжываюцца пры хранічных успаляльных працэсах органаў малога таза, галоўным

чынам клеткавіны і брушыны, прылягаючых да прамой кішкі; яны дзейнічаюць тэмпэратурай вады на інфільтраты рассасваючым чынам. Робяцца яны, як і спрынцаваньні, такою-ж эсмархаўскай кружкай, але з больш кароткім і больш тонкім клісьцірным наканцоўнікам. Колькасьць ужываемай пры гэтым вады не перавышае трох шклянак, тэмпэратурай вады прыблізна 33°—35°.

Лякарсьцьвенныя клізмы ўводзяцца ў колькасьці 50-100 г цёплай прагатаванай вады з дадаткам да яе ¼ чайнай лыжкі спажыўнай солі.

З лякарсьцьвенных сродкаў, якія ўваходзяць у састаў клізмы, ужываюцца: хлёраль-гідрат (1—2 г), опій (10—12 кропель), бром (2 сталовыя лыжкі 2% раствору), калярголь (1—2 г) і іншыя формаколёгічныя сродкі, увядзеньне якіх праз рот з якой-небудзь прычыны немагчыма або супроцьпаказана.

Пры вялікіх крывястратах, якія цягнуць за сабой аслабленьне сардэчнай дзейнасьці, абамленьні, галавакружэньні і іншыя зьявы вострага малакроўя вялікую карысьць прыносяць клізмы з фізыолёгічнага раствору. Яны замяняюць падскурныя ўліваньні, якія прапісваюцца ў такіх выпадках. Каб такія клізмы лепш утрымліваліся і хутчэй усасваліся, іх робяць у малых колькасьцях (па 100 г) з кароткімі перапынкамі, або яны прызначаюцца ў выглядзе кропельных клізм. Увогуле ў прамую кішку ўпускаюць 500—600 г) і больш.

Пры прызначэньні якой-бы ні было лекавай клізмы неабходна папярэдне ачысьціць кішочнік прамывальнай клізмай.



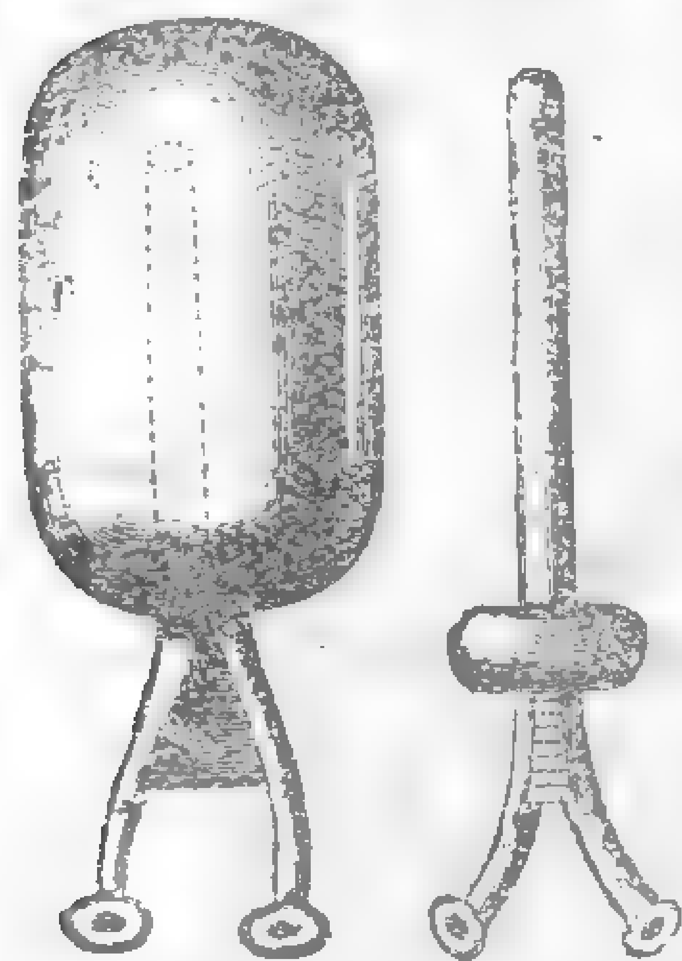
Мал. 29. Апарат Марозава.

Пастаянныя абваднeньні ўжываюцца пераважна пры сэптычных эндомэтрытах, бо яны сваёй працягласьцю і тэмпэратурай вады садзейнічаюць адсосваньню выдзяленьняў з маціцы. Для гэтага ўжываецца апарат Марозава (мал. 29), які складаецца з шкляной трубкі даўжынёю ў 15 *см* і дыямэтрам у 3 *см*. Адзін канец гэтай трубкі адкрыты, а другі закрыты; апошні мае два калена; на адно з іх надзяецца тонкая гумавая трубка, якая ідзе ўнутр шкляной трубкі і даходзіць да адкрытага канца яе; яна

злучана з вялікай Эсмархавай кружкай ёмістасьцю ў 10 *л* і больш і праз яе вада з кружкі ўліваецца ў похву. Назад вадкасьць выліваецца праз другое калена, на якое надзета другая гумовая трубка, апускаемая ў вядро, пастаўленае на падлозе. Дзякуючы адмоўнаму ціску паветра ў трубцы сьценкі похвы ахапляюць трубку і прысосваюцца да невялікіх адтулін, якія знаходзяцца на яе паверхні.

Пры ўтварэньні пастаянных абвадненьняў неабходна сачыць за пульсам і агульным станам хворай, бо гарачае абвадненьне да таго-ж яшчэ працяглае, уплывае, як і гарачая ванна, на дзейнасьць сэрца і судзін. Часта пры гэтых абвадненьнях назіраецца сэрцабіцьце, галавакружэньне, абамленьне, нудзеньне, ваніты і да т. п.

Апрача апарата Марозава, які ўжываецца для пастаянных абвадненьняў, заслугоўвае ўвагі **апарат Гейцмана** (мал. 30), пабудаваны па тым-жа прынцыпе, як і апарат Марозава. Розьніца толькі ў тым, што пры ўжываньні апарата Гейцмана вада не праходзіць у непасрэднае судакрананьне з похвай і похвавай часткай маціцы і яна не абвадняе гэтых органаў, а аналёгічна цэнтральнаму вадзяному ацяпленьне аддае сваё цяпло праз сьценкі апарата навакольным тканкам. Апарат Гейцмана таму складаецца з мэталічнай (цынкавай) трубкі, закрытай з абодвух канцоў. На знадворным канцы яе таксама, як і на апараце Марозава, ёсьць два калена з прыводзячай і адводзячай трубкамі. Яго дзеяньне рассасваючае і болясьцішаючае і таму ён з вялікім посьпехам ужываецца пры хранічных формах парамэтрыту, пры інфільтратах, хранічных успаленьнях прыдаткаў і абкружаючай іх брушыны, пры зрошчваньні, спайках і да т. п. Ужываньне яго ў гэтых выпадках дае большы эфэкт, чым іншыя тэрмічныя працэдуры, як, напрыклад, сонечная або сідзячая ванна, бо пры гэтым цяплыня перадаецца не праз брушныя сьценкі, а праз похву і зводы і робіць свой тэрмічны ўплыў на паражоныя тканкі.



Мал. 30. Апарат Гейцмана.

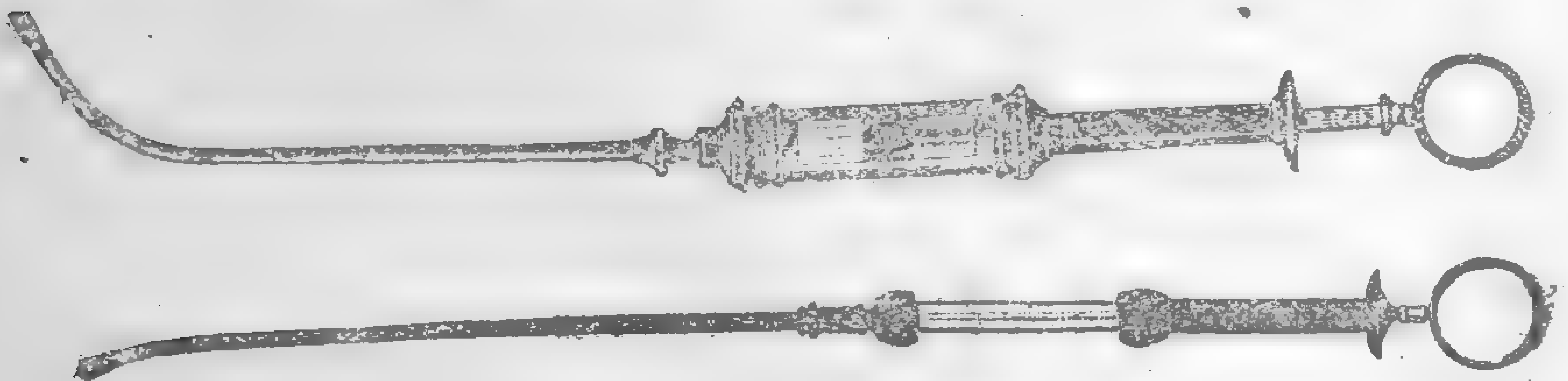
Апарат Гейцмана не ўладаючы адсосваючым і дэзынфэктуючым дзейнічаньнем, мае тую перавагу перад апаратам Марозава што для карыстаньня ім не патрабуецца гатаваная вада аб

дэзынфэктуючы раствор. Можна карыстацца сырою вадою, якая павінна быць нагрэта да 40°.

Рэкомэндуецца прымяняць апарат два разы на дзень, прапускаючы праз яго ваду кожны раз на працягу 1—1½ гадз.

Апарат Гейцмана ў некалькі зьмененым выглядзе з посьпехам ужываецца ў тых выпадках, дзе мы карыстаемся гарачымі клізмамі для ўзьдзеяньня на ўспаляльныя процэсы ў малым тазе праз прамую кішку. У адпаведнасьці з анатомічнай будовай прамой кішкі ён мае меншы дыямэтр і закругленую выемку ў той сваёй частцы, якая адпавядае колцападобнаму выпінаньню ўнутранога сфінктэра кішкі.

Унутрымацічныя ўпырскваньні. Унутрымацічныя ўпырскваньні як лекавы сродак пры мацічных крывацячэньнях, як наступны акт пасьля выскрабленьня поласьці мацiцы і як мэтод лячэньня прыдаткаў мацiцы (Граматыкаці), у сучасны момант



Мал. 31. Шпрыц Браўна.

ужываецца рэдка. Для ўпырскваньняў з лекавымі мэтамі карыстаюцца галоўным чынам ёдам, і робяцца яны пры дапамозе шпрыца Браўна, які адрозьніваецца ад звычайнага Правацоўскага шпрыца большай даўжынёй і тым, што на яго замест іголкі надзяецца тонкі мэталічны наканцоўнік з некалькімі адтулінамі на канцы (мал. 31).

Упырскваньне ўтвараецца наступным чынам: папярэдне абмываюць знадворныя полавыя часткі і прамываюць похву. Адкрыўшы люстэркамі похвавую частку, захапляюць яе кулевымі абцугамі, абціраюць, сьпіртам або якім-небудзь дэзынфэктуючым растворам, а знадворны зёў змазваюць ёдам. Потым у прагатаваны шпрыц набіраюць ёд і, надзеўшы на шпрыц наканцоўнік, асьцярожна ўводзяць яго ў поласьць мацiцы. Лёгкім націсканьнем на поршань шпрыца, павольна, кроплямі, упырскваюць зьмесьціва шпрыца ў поласьць мацiцы да таго часу, пакуль не пакажацца выцякаючы назад ёд. Пры звужэньні шый-

нага каналу трэба папярэдне расшырыць яго некалькімі нумарамі Гегара для таго, каб ёду, які ўпырскваецца, даць магчымасьць свабодна выцякаць назад, праз шыйку маціцы. Пасьля ўнутрымацічнага ўпырскваньня хворая павінна паляжаць каля 15—20 мінут.

Мы раней сказалі, што ўнутрымацічныя ўпырскваньні ёду цяпер ужываюцца рэдка з лекавай мэтай, але затое, нажаль, яны значна пашыраны як супроцьзачатачны сродак і як спосаб для перапыненьня цяжарнасьці. Некаторыя ўрачы яшчэ недастаткова пераканаліся ў тым, што ўнутрымацічныя ўпырскваньні ёду не зьяўляюцца абыякім умяшаньнем, і яны сыстэматычна робяць іх жанчыне кожны месяц да пачатку або пасьля сканчэньня мэнструацый, бачачы ў гэтым сродак для папярэджаньня цяжарнасьці. Яшчэ большую шкоду прыносяць гэтыя ўпырскваньні, калі іх робяць у мэтах перапыненьня цяжарнасьці. Яны могуць сапраўды выклікаць маціцныя крывяцячэньні і жанчына пры зьяўленьні крыві лічыць сябе вольнай ад цяжарнасьці, а на справе цяжарнасьць толькі парушана і сьледам за гэтым пачынаецца цэлы рад ускладненьняў. Добра яшчэ, калі справа канчаецца толькі выскабленьнем, а не якім-небудзь сур'ёзным захворваньнем і сэптычным процэсам.

Унутрымацічныя ўпырскваньні, апрача магчымасьці ўнясеньня інфэкцыі, заключаюць у сабе яшчэ іншыя небясьпечныя моманты. Упырскнуты ёд, дзякуючы выклікаемым ім скарачэньням маціцы, можа трапіць у трубы і выклікаць рэзкія болі і шок, а пры наяўнасьці гнойнага ўспаленьня труб гной можа трапіць у брушную поласьць і выклікаць пэрытоніт. Ад неасьцярожнага ўвядзеньня шпрыца назіраліся выпадкі пэрфорацыі (прабадзеньня) маціцы. У апошні час усё часьцей апісваюцца аддаленыя вынікі ўнутрымацічных упырскваньняў ёду. Сьцьвярджаюць, што ўпырскваньні ёду вядуць да стойкіх зьмен сьлізевай абалонкі маціцы, чым тлумачацца розныя ускладненьні ў часе родаў, а іменна: перадляжаньне посьледа, прырастаньне яго, пасьляродавыя атанічныя крывяцячэньні і да т. п. Зьмены з боку труб могуць быць таксама прычынай пазамацічнай цяжарнасьці.

Унутрымацічныя змазваньні (*ёдам*) *і прыпальваньні* (хлярыстым цынкам, хромавай кіслатой) робяцца пры дапамозе зонду Плейфэра, які абвярчваецца марляй або ватай, змочнай ва ўжываемай для гэтага вадкасьці. Абверчваньне павінна быць зроблена моцна, бо інакш марля або вата можа

саскочыць з зонда і застацца ў поласьці маціцы. Змазваньне поласьці маціцы ёдам звычайна робіцца пасьля выскабленьня.

Тым-жа зондам Плейфэра робяць прыпальваньні каналу шыйкі маціцы. Ня варта, аднак, ужываць прыпальваючых матэрый у моцнай концэнтрацыі, а тым больш у выглядзе палачак (ляпісу), бо яны могуць выклікаць рубцовае звужэньне або нават поўнае зарастаньне каналу.

Усе гэтыя маніпуляцыі, як унутрымацічныя ўпырскваньні, змазваньні і прыпальваньні, зьвязаны з небясьпекай для хворай, аб чым намі ўжо гаварылася вышэй, а таму яны ні ў якім выпадку не павінны выконвацца акушэркамі або іншымі памочнікамі ўрача.

Скарыфікацыі (насечкі) робяцца з мэтаю выцягненьня крыві з шыйкі маціцы, калі яна ўспалена і перапоўнена крывёю (гіпэрэміравана), а таксама з мэтаю ўскрыцьця так зв. Ovula Nabothi, г. зн. невялікіх пузыркоў, якія ўтвараюцца на шыйцы



Мал. 32. Скарыфікатар.

маціцы з прычыны закаркоўваньня выходных адтулін шыйкавых залоз і напаўненьня іх сьлізам.

Скарыфікацыі робяцца пры дапамозе доўгага пікападобнага зонду (мал. 32), адточанага з двух бакоў і з вострым канцом (скарыфікатар).

Тэхніка: адкрытую люстэркамі похвавую частку захопліваюць кулевымі абцугамі, абціраюць якім-небудзь дэзынфэктуючым растворам, пасьля чаго на пярэдняй і задняй губах шыйкі скарыфікатарам робяцца няглыбокія насечкі лікам ад 4—6. Выпусьціўшы каля 2 чайных лыжак крыві, закладваюць у похву на паўгадзіны невялікі тампон для спыненьня крывяцячэньня.

Тампонацыя маціцы робіцца для спыненьня крывяцячэньня з яе поласьці. Тампон, уведзены ў маціцу, дзейнічае, як іншароднае цела, выклікаючы скарачэньне маціцы, і апрача таго ён націскае на крывяцечлівыя судзіны.

Падрыхтоўка хворай, агаленьне шыйкі і ў выпадку патрэбы расшырэньне каналу шыйкі робяцца як і пры папярэдне апісаных маніпуляцыях, але пры тампонацыі правілы асэптыкі павінны

выконвацца з асаблівай строгасьцю з прычыны большай магчымасьці занясеньня інфэкцыі ў поласьць маціцы. Тампонацыя робіцца пры дапамозе доўгага анатомічнага пінцэту або выгнутага корнцанга. Бяручы гэтым інструмантам вузкую палоску стэрылізаванай або ёдаформеннай марлі, уводзяць яе ў поласьць маціцы і даводзяць захоплены кончык да маці́чнага дна. Высоўваючы пасьля гэтага пінцэт або корнцанг на некалькі сантымэтраў вонкі, захопліваюць тампон крыху ніжэй і прасоўваюць яго далей. Некалькімі такімі рухамі ўводзяць амаль усю палоску, пакідаючы ў похве толькі яе канец. Зьняўшы потым кулевыя абцугі, тампонуюць похву другім кавалкам марлі. Абодва тампоны вымаюцца праз 12—24 гадзіны.


Мал. 33. Тампон.

Часта для спыненьня маці́чнага крывяцячэньня **тампонуюць толькі адну похву**. Неабходна толькі затампонаваць похву шчыльна, г. зн. запоўніць яе марляй да адмовы, прычым тампон павінен быць ня толькі прастэрылізаваны, але і змочаны або прасякнуты якой-небудзь дэзынфэктуючай матэрыяй.

Паўторныя тампонацыі маціцы і похвы не рэкомэндуюцца, бо пры гэтым ня выключана магчымасьць занясеньня інфэкцыі ў полавы тракт.

Лячэньне тампонамі. Шчыльны камяк ваты, перавязаны крыж-на-крыж моцнай ніткай (мал. 33) або вузкай палоскай марлі, змочваецца растворам іхтыёлю або тыгенолю ці таніну ў гліцарыне і пасьля папярэдняга похвавага спрынцаваньня ўводзіцца пінцэтам або корнцангам праз люстэрка ў похву і, у залежнасьці ад патрэбы, прыкладаецца да шыйкі або ўводзіцца ў задні звод. Гэты тампон пакідаецца на нач. Хворую належыць папярэдзіць, што з похвы будзе выцякаць цёмная вадкасьць, якая брудзіць бялізну, а таму мэтазгодна закласьці яшчэ кавалак ваты паміж губамі. Раніцою сама хворая пацягваньнем за нітку выдаляе тампон і робіць цёплае спрынцаваньне похвы якім-небудзь рас-

творам. Прадастаўляць самім хворым уводзіць сабе тампоны не рэкомэндуецца (асабліва нераджаўшым), бо пры ўвядзеньні тампона пальцамі, бяз люстэрак, іхтыёлевая вадкасьць выціскаецца каля ўваходу ў похву. На час мэнструацыі лячэньне спыняецца і аднаўляецца толькі праз 2 дні пасьля яе сканчэньня. Часова спыняецца лячэньне і тады, калі тампон выклікае раздражэньне сьлізявай абалонкі похвы і аддзяленьне яе ў выглядзе шматкоў (злушчваньне эпітэлію), і калі хворая пры ўвядзеньні тампону адчувае болі.

Лячэньне тампонамі заснавана на ўласьцівасьці гліцарыну прыцягваць да сябе вадкасьць з маціцы і навакольных частакі У комбінацыі з іхтыёлем такі тампон наогул мае рассасваючае дэзынфэктуючае і болясьцішаючае дзеяньне. Таму лячэньне іхтыёлевымі тампонамі шырока распаўсюджана пры хронічных успаляльных процэсах маціцы, труб, яечнікаў, калямацічнай клеткавіны, тазавай брушыны і пры эрозіях шыйкі. Гэта лячэньне ў шмат якіх выпадках прыносіць істотную карысьць хворым, зьмяншаючы мэтрытычную маціцу, зьмяншаючы сьлізява-гнойныя выдзяленьні і рассасваючы розныя інфільтраты, спайкі, зрашчваньні і да т. п.

У тых выпадках, калі жанчына ня мае магчымасьці карыстацца дапамогаю акушэркі для лячэньня тампонамі і прымушана сама праводзіць падобнае лячэньне ў сябе дома, ёй замест тампонаў прызначаюць самой уводзіць **іхтыёлевыя шарыкі**. Яны звычайна нарыхтоўваюцца з таго-ж іхтыёлю з маслам какао. Адсутнасьць у гэтых шарыках гліцарыну значна зьніжае адцягваючае і рассасваючае дзеяньне, патрабуемае пры гэтым спосабе лячэньня, а таму мэтазгодней масла какао замяніць гліцарынавай пастай (проф. Выдрын). Такі шарык жанчына можа сама свабодна ўводзіць сабе ў похву перад сном, а раніцою праспрынцавацца.

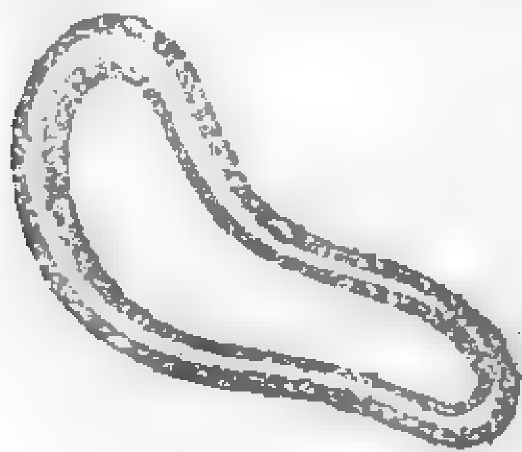
Пры лячэньні як тампонамі, так і шарыкамі трэба ўстрымлівацца ад полавых зносін.

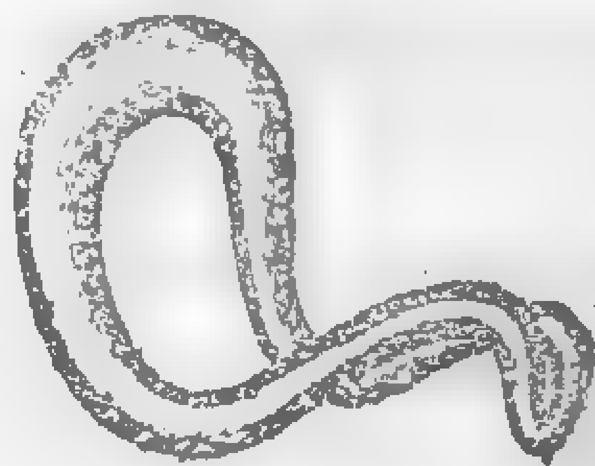
Пэсарыі або мацічныя колцы ўжываюцца для таго, каб маціцу пасьля выпраўленьня яе няправільнага палажэньня ўтрымаць у нормальным палажэньні. Значыцца, раней чым устаўляць пэсарый у похву, неабходна папярэдне выправіць няправільнае палажэньне маціцы— рэтрофлексію і рэтровэрзію. Для ўтрыманьня маціцы ў правільным палажэньні ўжываюцца **мацічныя колцы Оджэ і Томаса**, якія робяцца з цэлюлёіду, цьвёрдага каучуку

і меднага дроту, абцягнутага гумай. Апошнім, дзякуючы іх гнуткасьці, можна надаць якую хочаш форму (мал. 34, 35).

Для таго, каб спыніць выпаданьне маціцы, карыстаюцца круглымі колцамі Майера; яны робяцца з мяккай гумы, а таксама з цэлюлёіду. Усе гэтыя пэсарыі бываюць рознай велічыні і розных дыямэтраў (мал. 36).

Мацічнае колца Годжэ або Томаса ўводзіцца такім чынам: вялікім і ўказальным пальцамі левай рукі раскрываюць уваход у похву, а гэтымі-ж пальцамі правай рукі захопліваюць пярэдні канец змазанага вазэлінам пэсарыя і ўводзяць задні канец яго (больш шырокі) у похву; пры гэтым ён павінен уводзіцца ня ўпоперак, а коса, каб ён не націскаў на чульлівую вобласьць знадворнай адтуліны мачавыпускальнага каналу. Потым, як толькі шырокі задні канец пэсарыя пранік у похву, яго паварачваюць у папярочны разьмер так, каб вагнутасьць задняй дужкі глядзела цяпер уперад. Потым уваходзяць указальным і сярэднім пальцамі ў похву і, адціскаючы імі заднюю дужку пэсарыя ў напрамку да задняй сьценкі похвы, прасоўваюць яе ў задні звод; пры гэтым пярэдні канец колца ўпіраецца ў пярэднюю сьценку похвы каля лоннага сучляненьня. Пэсары, расьцягваючы задні звод і фіксуючы похвавую частку ўзад, адхіляе цела маціцы к пераду і такім чынам утрымлівае маціцу ў нормальным палажэньні.


Мал. 34. Пэсары Годжэ.

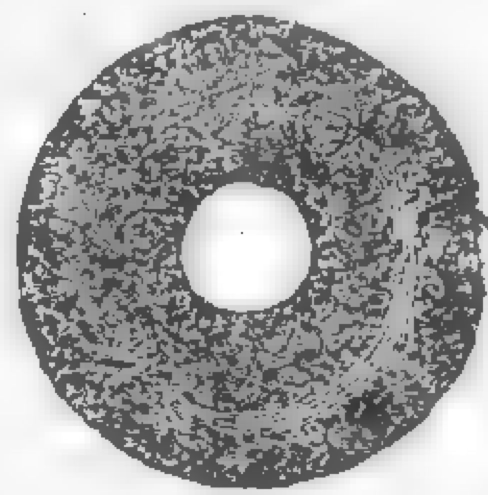

Мал. 35. Пэсары Томаса.

У першы час пасьля ўвядзеньня колца ня можна на гэтым супакойвацца і думаць, што ўсё ўжо ў парадку. Можа здарыцца, што на другі дзень хворая зьявіцца з выпаўшым колцам у руцэ з указаньнем, што яно выпала пры дэфэкацыі, або яна будзе скардзіцца на болі, адчуваньне ціску і затрудненае мачавыпусканьне. Як відаць, уведзены пэсары аказаўся непадыходзячым: ён занадта малы або праз меру вялікі. Але не чакаючы прыходу жанчыны з указанымі скаргамі, неабходна ў першыя дні пасьля ўвядзеньня колца праверыць палажэньне як апошняга, так і маціцы і разам з тым папярэдзіць хворую, што са зьяўленьнем якіх-небудзь ненормальных адчуваньняў яна павінна прысьці для дасьледваньня. Калі ўведзены пэсары аказаўся падыходзячым, то жанчыне прадпісваецца рабіць штодзенныя похвавыя спрын-

цаваньні якім-небудзь слабым дэзынфэктуючым растворам і зьяўляцца кожныя тры месяцы для праверкі палажэньня маціцы і для таго, каб пераканацца ў адсутнасьці ўціскацьняў і пролежняў, якія могуць зьявіцца ў похве ад доўгага знаходжаньня ў ёй колца і ад неахайнага яго ўтрыманьня. Пры кожнай такой праверцы колца вымаецца, старанна ачышчаецца і зноў устаўляецца ў похву, калі там не заўважаецца прызнакаў раздражненьня; у іншым выпадку жанчына да іх зьнікненьня павінна абыходзіцца бяз колца.

У часе мэнструацый пэсары можа бяз шкоды заставацца ў похве; ён таксама не перашкаджае полаваму жыцьцю; ня гледзячы на гэта, муж, па зразумелай прычыне, не павінен ведаць аб нашэньні жонкаю пэсарыя.

Круглыя гумавыя мацічныя колцы Майера, якія ўжываюцца пры выпаданьнях похвы і мацiцы, хутка псуюцца і ў неахайных жанчын выклікаюць смуродныя выдзяленьні. Такія колцы пры самым малым псаваньні павінны замяняцца новымі або цьвёрдымі колцамі.


Мал. 36. Мацічнае колца Майера.

У некаторых жанчын, у якіх бывае выпаданьне мацiцы, канал похвы настолькі расьцягнут, што колца Майера не дасягае мэты. У такіх выпадках некаторыя раяць для падтрыманьня мацiцы ўжываць звычайны гумовы мячык, але ён вымагае яшчэ большага контролю і больш стараннага нагляданьня за ўтрыманьнем яго ў чыстаце.

З прычыны таго, што на шыйцы выпадаючай мацiцы часта назіраюцца пролежні ў выглядзе гноячыхся і крываточачых язваў, то да ўвядзеньня колца іх неабходна лячыць змазваньнем ёдам і закладваньнем іхтыёлевых тампонаў.

У крайніх выпадках, калі колца ня трымаецца і калі опэрацыя з якой-небудзь прычыны немагчыма (у надта старых жанчын), прыходзіцца ўжываць гістэрофор. Гістэрофор складаецца з поясу і гумовага стрыжня з каўпачком. Стрыжань знаходзіцца ў похве і падтрымлівае мацiцу, а пояс фіксуе ўвесь апарат. Але працяглае нашэньне яго выклікае раздражненьне сьценак похвы і смуродныя выдзяленьні (мал. 37).

2. Біолёгічныя мэтоды лячэньня жаночых хвароб. *Вакцынотэрапія.* Мэтод гэты грунтуецца на вучэньні бактэрыолёгіі, згодна якой увядзеньне ў організм аслабленых або забітых мікробаў робіць яго няўспрымальным да інфэкцыйных хвароб.

Уведзены матэрыял называецца вакцынаю. Такімі вакцынамі карыстаюцца ў мэтах папярэджаньня захворваньня на воспу, шкарлятыну, дыфтэрыту і інш. У гінэколёгіі вакцынацыя ўжываецца ў лекавых мэтах. Пры захворваньні жаночых полавых органаў на гонорэю ўводзіцца пад скуру гонококавая вакцына або, што яшчэ лепш, аўтовакцына, г. зн. вакцына, нарыхтаваная з бактэрый, узятых ад таго індывідуума, якога думаюць лячыць. Пасьля падскурных упырскваньняў вакцыны назіраюцца пабочныя зьявы: чырвань і прыпухласьць скуры вакол месца ўколу, азноб, павышэньне тэмпэратуры і дрэннае самапачуцьцё. Але ўсе гэтыя зьявы праз некалькі дзён праходзяць.

Ужываньне гонококавай вакцыны шырокага распаўсюджаньня не атрымала з прычыны слабых вынікаў у хронічных і вельмі нязначных у вострых выпадках.

Сэротэрапія. Больш спрыяльныя вынікі дае лячэньне гонорэі антыгонококавай сыроваткай, якая атрымліваецца ад імунізацыі жывёл гонококамі [1]). Дзеяньне сыроваткі заснавана на тым, што ў ёй знаходзяцца матэрыі, якія зьнішчаюць яды, выпрацоўваемыя мікробамі і павышаюць дзейнасьць леўкоцытаў (фагоцытоз). Гонококавая сыроватка ўводзіцца пад скуру ў колькасьці 2 кубікаў, і такіх ін'екцый робіцца 4—5. Рэакцыя ад упырскваньня сыроваткі выяўляецца ў павышэньні тэмпэратуры і ў зьяўленьні крапіўніцы.



Мал. 37. Гістэрофор.

У гінэколёгіі карыстаюцца яшчэ полівалентнай антыстрэптококавай сыроваткай для лячэньня, галоўным чынам, сэптычных пасьляродавых захворваньняў у дозах да 100 *куб. см.* Нельга сказаць, каб вынікі ад ужываньня яе былі суцяшальныя.

Бялковая тэрапія ужываецца пры гінэколёгічных успаляльных процэсах у выглядзе ўнутрыцяглічных упырскваньняў прастэрылізаванага малака ва ўзрастаючых дозах—ад 2,0 да 10,0.

Органотэрапія—лячэньне выцяжкамі з залоз унутранай сакрэцыі. Мэта гэтай тэрапіі ў тым, каб павысіць недастатковую функцыю залоз, г. зн. узмацніць іх унутраную сакрэцыю, або, наадварот, паслабіць насіленую продукцыю іншых залоз.

---

[1]) Есьць, аднак, і няспрыяльныя водзывы аб гэтай сыроватцы.

З прэпаратаў, якія ўжываюцца ў гінэколёгіі, вельмі пашыраны выцяжкі з тканак яечніка—о в а р ы н і о в а р ы к р ы н. Нарыхтоўваюцца яны ў выглядзе таблетак, кропель і ампул. Паказальнікам да іх прымяненьня зьяўляюцца захворваньні, выклікаемыя недастатковай функцыяй яечніка, галоўным сымптомам якіх зьяўляецца амэнорэя, а іменна: недаразьвіцьцё жаночых полавых органаў, недамаганьні ў клімактэрычным пэрыодзе, атлусьценьне і інш.

Выцяжка з грудных залоз—м а м і н—мае адваротнае дзеяньне а таму ўжываецца пры клімактэрычных і іншых крывяцячэньнях і пры фіброміомах маціцы.

Выцяжкі з мазгавога прыдатку—п і т у і т р ы н і п і т у г л я н д о л ь выклікаюць скарачэньне гладкай мускулатуры, а таму ўжываюцца ў выглядзе падскурных ін'екцый пры слабой патужнай дзейнасьці ў часе родаў, пры атонічных мацічных крывяцячэньнях і пры затрыманьні мачы пасьля ляпаратоміі.

Выцяжка з наднырнікаў—а д р э н а л і н, маючы судзінназвужальныя і крывяспыняльныя ўласьцівасьці, ужываецца для мясцовага абяскроўліваньня і пры мясцовай анэстэзіі.

У надзвычайна рэдкіх выпадках, пры некаторых мацічных крывяцячэньнях, зьвязаных з парушэньнем функцыі шчытаватай залозы, прызначаецца тырэоідын—прэпарат гэтай залозы.

3. **Фармаколёгічныя сродкі.** *Крывяспыняльныя.* З гэтых сродкаў на першым месцы стаяць прэпараты с п а р ы н ь н і—secale cornutum. Гэтыя прэпараты выклікаюць скарачэньне мускулатуры маціцы, што, у сваю чаргу, вядзе да сьціскаваньня судзін і да зьмяншэньня крывяцячэньня. Таму яны прызначаюцца пры дрэнным скарачэньні маціцы пасьля родаў і пасьля выкідку.

Secale прызначаецца ў выглядзе парашкоў, настою і кропель [1])

Апрача таго, прызначаецца альколёід спорыньні—э р г о т ы н у форме пілюль, а ў выпадках, якія вымагаюць хуткай дапамогі, у выглядзе падскурных упырскваньняў.

Добра дзейнічаюць падскурныя ін'екцыі прэпарату с э к а к о р н і н.

З іншых крывяспыняльных сродкаў варта назваць Extractum fluidum Hydrastis canadensis, які дзейнічае на судзіны, Extr. fluid. Yiburni prunifolii, які прызначаецца пры пагражаючым выкідку, заспакойваючы мацічныя болі і спыняючы крывяцячэньне.

---

[1]) Аб рэцэптурных формулах як гэтага, так і астатніх сродкаў, гл. „Дадатак"

Судзіназвужальна дзейнічаюць Extr. fluid. Gossypii herbacei i Hamamelis virginica. Крывяспыняюча і болясьцішаюча дзейнічаюць Extr. fluid. Polygonii hydropiperis, Stypticin i Styptol (два апошнія ў выглядзе таблетак).

Абязбольваючыя. У гінэколёгічнай практыцы часта зварачаюцца да болясьцішальных сродкаў. Іх прызначаюць пры дысмэнорэі, пры вострых успаляльных процэсах, асабліва там дзе ёсьць раздражэньні брушыны, пры болях у крыжы і да т. п. Пры дысмэнорэі заспакойваюча дзейнічаюць Salipyrin і Antipyrin. Пры рэзкіх болях карыстаюцца наркотычнымі сродкамі, якімі зьяўляюцца морфій, опіум, пантапон, кодэін і бэлядона. Прызначаюцца яны ў выглядзе шарыкаў, кропель і супозыторыяў. Калі патрэбен хуткі эфэкт, ужываецца морфій падскурна.

Некаторыя для спыненьня боляй ужываюць індыйскія каноплі (T-ra cannabis indica), але імі трэба карыстацца асьцярожна з прычыны іх пабочнага дзеяньня на нэрвовую сыстэму і псыхіку.

Рассасваючыя. У разьдзеле аб лячэньні тампонамі было ўжо ўказана, што пры ўспаленьнях тазавых органаў і іх зрашчэньнях, з мэтай рассасваньня ашчыльнеўшых інфільтратаў, рэштак параметрытычных і пэрыметрытычных эксудатаў і да т. п., ужываюцца іхтыёл, тыгеноль і ёд у гліцарынавым растворы. Прызначаюцца яны ў выглядзе тампонаў і шарыкаў.

Зразумела, што пры захворваньнях жаночай полавай сфэры даводзіцца карыстацца яшчэ шмат якімі лекавымі матэрыямі, якія сымптоматычна ўжываюцца пры захворваньнях іншых органаў, як, напрыклад, развальняючымі сродкамі, снатворнымі інш.

4. Фізыятрычныя мэтоды лячэньня. *а) Гідротэрапія.* Гідротэрапія або вадалячэньне ўжываецца з вялікім посьпехам пры цэлым радзе гінэколёгічных захворваньняў у выглядзе ванн розных тэмпэратур і рознага хімічнага саставу і ў выглядзе абціраньняў, прыпарак, компрэсаў і лёду.

Ванны бываюць поўныя, калі пагружаецца ў ваду ўсё цела да шыі, паясныя—калі пагружаецца ніжняя палавіна цела па пояс, сядзячыя—калі пагружаны ў ваду таз і верхняя частка бёдраў, і нажныя—калі апушчаны ў ваду ступы і галёнкі.

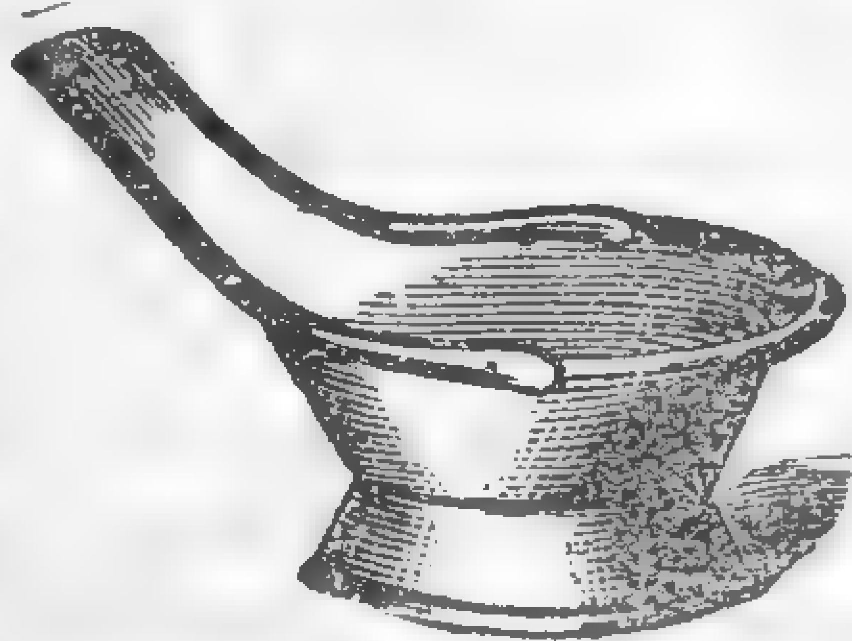
У залежнасьці ад тэмпэратуры вады ванны бываюць халодныя (ніжэй 20°), халаднаватыя (20—28°), цеплаватыя або інды

фэрэнтныя (28—30°), цёплыя (30—38°) і гарачыя (38—40° і вышэй).

Па хімічным саставе ванны бываюць: простыя са звычайнай прэснай вады; салоныя—з дадаткам да прэснай вады 400 *гр*, спажыўнай або морскай солі на вядро вады, вуглекіслыя, серкавыя і гразевыя.

З усіх гэтых ванн больш усяго карыстаюцца індыфэрэнтным якія маюць большае значэньне для ўсяго організму тым, што ачышчаюць скурнае пакрыцьцё ад забрудненьня і павышаюць функцыю скуры (скурнае дыханьне).

Вялікую карысьць даюць гінэколёгічным хворым **цёплыя сядзячыя ванны** (мал. 38). Прызначаюцца яны пры хранічных успаленьнях тазавых органаў, калямацічнай клеткавіны і тазавай брушыны. Яны дзейнічаюць на гэтыя хворыя органы рассасваючым чынам. Для ўзмацненьня рассасваньня да вады ванны прымешваюць спажыўную або морскую соль, каб выклікаць раздражненьне скуры і павялічыць прыцёк крыві. У такой ванне трэба сядзець ад 20 да 30 мінут, прыкрыўшыся коўдраю, каб не астывала вада. Пры адсутнасьці спэцыяльнай сядзячай ванны, можна карыстацца вялікім і глыбокім тазам, ночвамі і да т. п.



Мал. 38. Сядзячая ванна.

У апошнія часы сярод гідротэрапэўтычных сродкаў, якія ўжываюцца ў гінэколёгіі, вялікае месца заняла **гразелячэньне**. Ужываецца яно пры тых-жа захворваньнях, пры якіх карыстаюцца цёплымі сядзячымі ваннамі і іншымі рассасваючымі сродкамі, і прызначаецца ў выглядзе гразевых паўванн, ляпёшак і тампонаў. Гэтыя гразевыя процэдуры дзейнічаюць больш інтэнсыўна ў сэнсе рассасваньня хронічных успаляльных процэсаў у тазавай вобласьці, застарэлых інфільтратаў, пасьляопэрацыйных балючых рубцоў і спаяк.

Апрача таго, паказаньнямі да гразелячэньня служаць: дысмэнорэя, недаразьвіцьцё полавых органаў, амэнорэя і бясплоднасьць.

Гразелячэньне, якое ўжываецца пры розных успаляльных процэсах полавай сфэры, дае ў шмат якіх выпадках даволі добрыя вынікі. Яны менш суцяшальныя пры недаразьвіцьці полавых органаў і пры бясплоднасьці.

Граэелячэньне мае і свае супроцьпаказаньні. Яно супроцьпаказальна пры вострых і падвострых успаляльных працэсах, пры хваробах сэрца, судзін і нырак. Таму кожная хворая, якая накіроўваецца на гразелячэньне, павінна быць абсьледвана тэрапэўтам і ў выпадку выяўленьня ў яе адной з названых хвароб варта адмяніць прызначанае ёй гразелячэньне.

Пры карыстаньні гразевымі ваннамі ў некаторых хворых назіраюцца пабочныя зьявы, як сэрцабіцьцё, няправільнае дыханьне і да т. п. Апрача таго, пры лячэньні назіраюцца абвастрэньні ўспаляльных працэсаў, з прычыны чаго прыходзіцца часова спыніць або нават адмяніць лячэньне. У сілу ўсіх гэтых прычын хворыя, якія карыстаюцца гразелячэньнем, павінны знаходзіцца пад контролем урача.

Да ліку самых пашыраных гідротэрапэўтычных мэтодаў, якія можна скарыстаць у ва ўсякай абстаноўцы, як бальнічнай, так і хатняй, належыць сагравальны компрэс і пузыр з лёдам. Але гэтыя ўсім даступныя і танныя процэдуры прыносяць карысьць толькі пры ўмове правільнага іх ужываньня.

Сагравальны компрэс складаецца з 4-х пластоў. Першы пласт—гэта сурвэтка або невялікі ручнік, які змочваюць вадою тэмпэратуры пакою, выкручваюць, каб ён застаўся толькі вільготным і прыкладваюць шчыльна да цела. На гэты вільготны пласт кладзецца другі пласт—цырата або васкаваная, так званая, компрэсная папера. Гэты непранікальны пласт павінен з усіх бакоў прыкрыць вільготную сурвэтку, каб канцы яе ні адкуль ня былі відаць. На цырату або компрэсную паперу накладаецца трэці цёплы пласт—вата або кавалак фляэлі, шэрсьці, мультану і да т. п. Чацьверты пласт гэта бінт, якім замацоўваюць увесь компрэс. Компрэс лічыцца правільна пакладзеным толькі ў тым выпадку, калі ён непранікальны для паветра і вільгаць яго не выпараецца, г. зн., калі пасьля зьняцьця ён аказваецца вільготным.

Компрэс варта мяняць тры разы ў суткі. Калі ён здымаецца, то трэба вільготную скуру абціраць сухім ручнікам, каб унікнуць ахалоджаньня і, пры працяглым ужываньні, зьяўленьня экзэмы на скуры.

Сагравальныя компрэсы сваім адцягваючым, рассасваючым і боляспыняючым дзеяньнем прыносяць хворым вялікую карысьць.

Таму імі шырока карыстаюцца пры самых рознастайных успаляльных працэсах у тазавай вобласьці.

Такую-ж карысьць у сэнсе адцягваючага боляспыняючага сродку і пры тых-жа захворваньнях прыносяць грэлкі і прыпаркі з гарачай вады, з торфу ў выглядзе гарачай кашыцы і да т. п.

Пры вострых успаляльных працэсах, якія суправаджаюцца павышэньнем тэмпэратуры і раздражненьнем брушыны, карыстаюцца холадам у выглядзе пузыра з лёдам. Лёд асабліва патрэбен пры асумкаваным або агульным пэрытоніце. У апошнім выпадку нават увесь жывот абкладваецца лёдам. Каб унікнуць адмарожваньня скуры, пузыр з лёдам ня раіцца класьці на голае цела, а варта завярнуць яго ў сурвэтку і пры пачырваненьні скуры на некаторы час зьнімаць. Наогул пузыр з лёдам можна трымаць каля дзьвёх гадзін і класьці з перапынкамі на адну гадзіну.

б) *Электротэрапія.* Электрызацыя ў выглядзе гальванічнага і фарадычнага токаў ужываецца ў апошні час у гінэколёгіі вельмі рэдка. Гальванічны ток часамі зьмяншае болі ўнізе жывата ў пэўных пунктах пры адсутнасьці якіх-небудзь аб'ектыўных зьмен у полавай сфэры. Фарадычны ток паказаны пры расслабленьні сфінктэра мачавога пузыра, пры атоніі кішок, пры слабасьці брушных цягліц, а часамі яшчэ пры атрофіі маціцы і дысмэнорэі.

З усіх відаў электротэрапіі значнае пашырэньне атрымала ў гінэколёгіі дыятэрмія.

Дыятэрмія. З дапамогаю спэцыяльнага апарата праводзіцца праз організм ток вялікай частаты, які разьвівае вялікую цяплыню. Гэты спосаб праграваньня называецца дыятэрміяй.

У гінэколёгіі ўжываюцца або пласьцінчастыя электроды ў выглядзе мэталічных кратак, абцягнутых падушкай, якія накладаюцца на жывот і на крыж, або цыліндрычныя мэталічныя электроды, якія ўводзяцца ў похву або прамую кішку.

Дзякуючы выклікаемай гэтым мэтодам лячэньня гіпэрэміі, болі ў праграваемай вобласьці ў значнай ступені зьмяншаюцца, рубцы разьмякчаюцца і інфільтраты рассасваюцца. Апрача таго дыятэрміі прыпісваюць бактэрыцыднае дзеяньне (забівае бактэрыі). З прычыны такога добратворнага дзеяньня дыятэрмія паказана пры хранічных успаляльных захворваньнях маціцы і яе прыдаткаў, пры парамэтрытычных інфільтратах і пры брушных

зрашчэньнях і спайках. Многія адзначаюць яшчэ добрыя вынікі пры недаразьвіцьці маціцы, пры гіпофункцыі яечнікаў, пры амэнорэі і пры некаторых відах дысмэнорэі. Дыятэрмія супроцьпаказана пры наяўнасьці вострага або падвострага працэсу. Лячэньне трэба спыніць, калі павышаецца тэмпэратура і зьяўляюцца іншыя сымптомы абвастрэньня. Звычайна дыятэрмія прызначаецца як дадатковае або наступнае лячэньне пасьля сканчэньня курсу лячэньня гразевымі процэдурамі. Дрэнна пераносяць дыятэрмію, па думцы некаторых аўтараў, жанчыны з няўстойлівай нэрвовай сыстэмай.

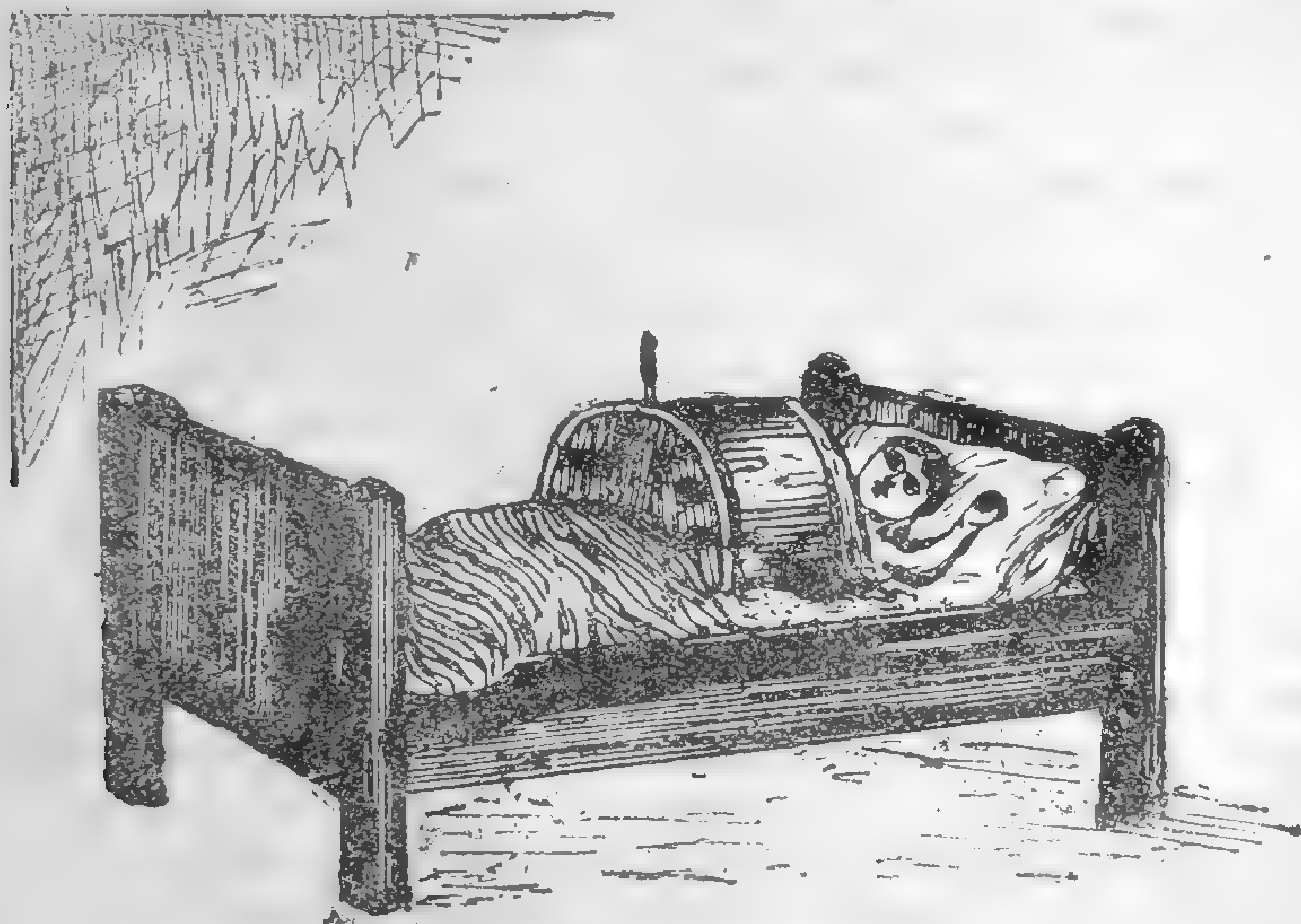
Другі мэтод электротэрапіі, які ў гінэколёгіі яшчэ недастаткова пашыраны, заключаецца ў тым, што пры дапамозе электрычнага току ў пэўнае месца організму можна па жаданьню ўводзіць тыя або іншыя мэдыкамэнты. Гэты мэтод называецца іёнотэрапіяй або іёнтофорэзам. Пры праходжаньні гальванічнага току праз растворы соляй молекулы распадаюцца на свабодныя частачкі, якія носяць назву іёнаў. Для іэнотэрапіі звычайна ўжываецца ёдысты калій у 3% растворы. Іёнотэрапіяй карыстаюцца ў гінэколёгіі з мэтай рассасваньня рэштак парамэтрытычных і пэрымэтрытычных эксудатаў.

Электрычныя ванны. У кожным гінэколёгічным аддзяленьні лекавай установы ёсьць электрычная ванна. Яна становіць сабою паўкруглую, дугападобную скрынку з разьмешчанымі ўнутры яе электрычнымі лямпачкамі. Прыбор гэты ўстанаўляецца над жыватом хворай і з усіх бакоў закрываецца шарсьцянай коўдрай. Устаноўлены ў скрынцы тэрмомэтр паказвае тэмпэратуру паветра каля паверхні жывата. Тэмпэратура ў скрынцы даводзіцца да 100—120°С. Яна рэгулюецца ўключэньнем або выключэньнем часткі лямпачак. Сэанс працягваецца 20—30 мінут, пасьля чаго хворая павінна заставацца ў ляжачым палажэньні ня менш паўгадзіны (мал. 39).

Электрычная ванна, дзейнічаючы сваёй цяплынёй і сьвятлом, ужываецца пераважна пры парамэтрытах, дзе яна дае добрыя вынікі. Лячэньне гэтым мэтодам супроцьпаказана пры пароках сэрца, захворваньнях лёгкіх і нырак.

в) Гінэколёгічны масаж. У разьдзеле аб рэжыме гінэколёгічных хворых было ўказана, што орган, паражаны ўспаляльным процэсам, павінен знаходзіцца ў поўным спакоі, каб ціскам, страсеньнем або якім-небудзь іншым рухам ня выклікаць абвастрэньня ўжо даўно заглохлага процэсу. Між тым гінэколёгічным

хворым часта прызначаецца гінэколёгічны масаж, г. зн. такі мэтод лячэньня, пры якім хворы орган або тканка, дзе калісьці разыграўся ўспаляльны процэс, падлягае ціску, расьціраньню, разьмінаньню і страсеньню. Недарма многія гінэколёгі адносяцца адмоўна да гэтага мэтоду лячэньня і лічаць яго нават шкодным. Але ёсьць і другая катэгорыя ўрачоў, якія сьцьвярджаюць, што гінэколёгічны масаж у многіх выпадках дае вельмі добрыя вынікі, калі карыстацца ім пры строга ўстаноўленых паказальнях і калі ён праводзіцца вопытнай і ўмелай рукой, якая навучылася добра дасьледваць. Адсюль вынікае, што правядзеньне масажу можа



Мал. 39. Электрычная ванна.

быць даручана акушорцы толькі ў самых простых, праверанных выпадках, дзе нельга чакаць абвастрэньня, і абавязкова пад контролем урача. Пры зьяўленьні якога-небудзь ускладненьня ў выглядзе павышэньня тэмпэратуры або ўзмацненьня боляй, неабходна зараз-жа спыніць сэансы масажу.

Карыстаюцца масажам у наступных выпадках: пры хранічных мэтрытах, пры недастатковым адваротным разьвіцьці маціцы пасьля родаў і выкідкаў; пры няправільным палажэньні маціцы ў залежнасьці ад зрашчэньняў, цяжаў і рубцоў і пры застарэлых рэштках парамэтрытычных выпатаў, якія ўжо ўшчыльніліся. Рэкамэндуецца ўжываць масаж пасьля папярэдніх іншых, больш далі-

катных, процэдур, якія рабіліся раней, а іменна, ванны, ґарачыя спрынцаваньні, іхтыёлевая тампонада і да т. п.

Перад кожным сэансам масажу трэба спаражніць мачавы пузыр і ачысьціць кішочнік. Працягласьць кожнага сэансу павінна быць ад 5 да 10 мінут.

Вібрацыйны масаж адрозьніваецца ад біманаульнага тым, што замест знадворнай рукі, якая разьмінае, націскае і расьцягвае, дзейнічае шарападобны наканцоўнік. Прывадзімы электромоторам або нажной машынай у хуткі вярчальны рух, ён наносіць частыя і кароткія ўдары праз брушную сьценку той тканцы, якая падлягае масажу, і ўнутранымі пальцамі падводзіцца да брушной сьценкі. Аднак, гэты від масажу не знайшоў сабе шырокага ўжываньня ў гінэколёгіі.

г) *Гімнастыка.* У апошні час вялікае значэньне надаецца спорту, рытмічнай гімнастыцы і іншым фізкультурным практыкаваньням у пэрыодзе фізычнага разьвіцьця жаночага організму. Але гімнастыкай можна карыстацца і пры розных захворваньнях. Так, напрыклад, агульная гімнастыка ўжываецца пры атлусьценьні, пры атоніі кішочніка, пры вяласьці агульнай мускулатуры і вяласьці ўсяго організму. Яна спрыяльна ўплывае таксама і на нэрвовую сыстэму.

Мясцовай гімнастыкай карыстаюцца ў гінэколёгіі для ўмацаваньня цягліц прамежжа і брушных сьценак, перарасьцягнутых у часе родаў або ў выніку дрэннага аднаўленьня ў пасьляродавым пэрыодзе.

Рэкомэндуюцца наступныя штодзённыя гімнастычныя прыёмы:

1) Жанчына кладзецца на цьвёрды ложак і стараецца сесьці без дапамогі рук.

2) Жанчына кладзецца на ложак з рассунутымі і сагнутымі ў каленах нагамі і стараецца зьвесьці калены ў той час, як другая асоба (кіраўніца гімнастыкай) сваімі рукамі аказвае супраціўленьне.

3) Жанчына ляжыць у тым-жа палажэньні і стараецца разьвесьці сьціснутыя разам калены пры супраціўленьні кіраўніцы.

4) Жанчына стаіць на аднэй назе, а другую паднімае да горызонтальнай лініі ўперад і назад, утрымліваючы роўнавагу на аднэй назе.

5) Жанчына садзіцца на бераг крэсла з выцягнутымі нагамі, абапіраючыся рукамі на крэсла, яна паднімае і апускае ногі, не разгінаючы кален.

6) Жанчына, стоячы на цыпачках, рассоўвае калены ў бакі робіць прысяданьні.

Да лекавай гімнастыкі належыць таксама сыстэматычнае прыменяньне каленна-локцевага або каленна-груднога палажэньня, якое рэкомэндуецца пры перагібах і нахіленьнях маціцы ксаду.

Усе гэтыя пералічаныя прыёмы паўтараюцца па некалькі разоў на дзень.

Усе апісаныя мэтоды лячэньня, за выключэньнем гімнастыкі, ужываюцца, як гэта відаць з вышэйсказанага, пры хронічных успаляльных процэсах і іх рэштках у тазавай вобласьці. Усе яны дзейнічаюць рассасваючым і боляспыняючым чынам. Пры выбары сродкаў трэба, аднак, улічваць ня толькі об'ектыўныя даныя гінэколёгічнага захворваньня, але і суб'ектыўныя адчуваньні хворай, яе агульны стан, узрост, конституцыю, стан нэрвовай сыстэмы, навакольнае асяродзьдзе, умовы быту і працы, соцыяльнае становішча і т. д. Адны хворыя дрэнна пераносяць гразелячэньне, але адчуваюць сябе добра ад дыятэрміі і наадварот. У адных ад масажу расстройваецца нэрвовая сыстэма, на другіх гэты мэтод лячэньня ўплывае заспакойваюча. Пэсары, што ўводзяцца для ўтрыманьня маціцы ў нормальным палажэньні, прыдатны да жанчын ня фізычнай працы, але не падыходзяць для работніц і сялянак, праца якіх зьвязана з падніманьнем цяжараў і наогул з напружаньнем брушнога прэсу. У адных боль у жываце спыняецца ад прыкладаньня пузыра з лёдам, у другіх ён ад холаду павялічваецца, але зьмяншаецца ад саграваьнага компрэсу або ад цёплых прыпарак і т. д.

Адсюль вывад: пры выбары фізычнага мэтоду лячэньня трэба кожны выпадак індывідуалізаваць і ўжываць толькі падыходзячы для данага выпадку мэтод, інакш кажучы, трэба захоўваць адно з асноўных правіл мэдыцыны: трэба лячыць не хваробу, а хворага чалавека.

д) *Рэнтгэнотэрапія і радыётэрапія.* Як вядома, праменьні Рэнтгена маюць уласьцівасьць пранікаць праз розныя целы, няпрынікальныя для сьвятла, і таму імі карыстаюцца для дыягностычных мэт. Але праменьні Рэнтгена і радыю маюць яшчэ ўласьцівасьць пры пранікненьні ў органы і тканкі, разьмешчаныя глыбока ў організьме, дзейнічаць на іх разбуральна. Пад

іх уплывам гінуць як здаровыя, так і патолёгічныя клеткі. Асабліва чульлівы да гэтых праменьняў клеткі яечніка і ракавай пухліны маціцы. На гэтай падставе пачалі карыстацца ўказанымі праменьнямі ў гінэколёгіі пры лячэньні фіброміом і раку маціцы. Пад уплывам гэтых праменьняў разбураюцца фолікулы яечніка; апошні паступова перастае функцыянаваць і ў выніку часта вялікія фіброміомы значна памяншаюцца ў сваім аб'ёме і разам з тым зьнікаюць выклікаемыя імі сымптомы, як крывяцячэньне, ціск на суседнія органы і т. д. Такім чынам, пры дапамозе рэнтгенізацыі ўстанаўляецца клімактэрычны пэрыод, пры якім могуць наступіць зьявы выпаданьня.

Праменьні Рэнтгена і радыё яшчэ больш інтэнсыўна дзейнічаюць на клеткі ракавай пухліны: пад іх уплывам клеткі рака маціцы гінуць і распадаюцца; у ракавую пухліну прарастае злучальная тканка і пухліна паступова ператвараецца ў рубец.

Аб паказаньнях і супроцьпаказаньнях да рэнгенотэрапіі і радыётэрапіі, а таксама аб прогнозе гл. лячэньне міом і рака маціцы.

У сучасны момант гэтыя мэтоды лячэньня пачалі конкураваць з опэрацыйным способам выдаленьня пухлін маціцы, але ўсебаковага прызнаньня не атрымалі.

Апрача гэтай глыбокай рэнтгенізацыі ўжываецца яшчэ і паверхоўная рэнтгенізацыя пры сьвербе знадворных полавых частак, але толькі ў тым выпадку, калі сьверб ня выкліканы цукровай хваробай або якім-небудзь іншым захворваньнем.

Відавочна, што гэты разьдзел, у якім апісваюцца консэрватыўныя мэтоды лячэньня і розныя лекавыя процэдуры, павінен вывучацца акушэркай і кожнай мэдычнай сястрой з асаблівай цікавасьцю, бо на іх абавязку галоўным чынам і ляжыць выкананьне большасьці гэтых процэдур. Яшчэ больш важна, каб акушэрка і мэдычная сястра практычна засвоіла пад кіраўніцтвам урача тэхніку гэтых мэтодаў лячэньня.

РАЗЬДЗЕЛ ПЯТЫ

ОПЭРАЦЫЙНАЕ ЛЯЧЭНЬНЕ

Опэрацыйнае лячэньне ўжываецца ў тых выпадках, калі консэрватыўнае лячэньне ня прыводзіць да мэты або калі ад іншага віду лячэньня нельга чакаць спрыяльнага выніку. Часта, напрыклад, даводзіцца опэравацц у выпадках няправільнага палажэньня маціцы, калі ўжываньне цяплыні, электрычнай энэргіі і ніякі масаж ня могуць прывесьці яе ў нормальнае палажэньне.

Пры выбары мэтоду лячэньня для жанчыны, занятай цяжкай фізычнай працай, у якой наяўна няправільнае палажэньне маціцы з выпаданьнем яе, мы спынімся хутчэй на опэрацыі, чым на нашэньні пэсарыю, які пры ўсякім яе напружаньні будзе ў яе выпадаць. Часамі прыходзіцца рабіць опэрацыю пры наяўнасьці ўспаляльных процэсаў прыдаткаў маціцы, якія не паддаюцца ніякай гідро-і электротэрапіі. Опэрацыя патрэбна для выдаленьня добраякасных новаўтварэньняў, якія дасягнулі значнай велічыні і націскаюць на суседнія органы. Рознага роду парокі разьвіцьця і анатомічныя аномаліі могуць быць адхілены, калі ёсьць на гэта магчымасьць, толькі опэрацыйным шляхам. Нарэшце, опэрацыйнае ўмяшаньне няўнікальна пры злоякасных пухлінах і яно неабходна, прытым безадкладна, пры значным унутраным крывяцячэньні, як пры разрыве цяжарнай трубы.

Пры ўсім гэтым заўсёды трэба мець на ўвазе, што ўсякае опэрацыйнае ўмяшаньне зьвязана з пэўнай небясьпекай для жыцьця хворых. Найменшая пагрэшнасьць у правядзеньні асэптыкі і антысэптыкі можа выклікаць агульнае заражэньне організму, якая-небудзь памылка ў тэхніцы, неасьцярожныя і няўважлівыя адносіны да наркозу, а часамі непрадбачаная або выпадковая акалічнасьць можа спыніць жыцьцё опэруемай. Таму да пытаньня аб опэрацыйным умяшаньні належыць адносіцца з усёй сур'ёзнасьцю і самым дакладным чынам узважыць усе паказаньні і супроцьпаказаньні да гэтага віду лячэньня. Апрача таго, трэба

яшчэ памятаць, што опэрацыя наносіць ня толькі фізычную траўму органу, што опэруецца, але і псыхічную траўму ўсяму організму.

Улічваючы рызыку ўсякай опэрацыі, трэба рабіць яе толькі тады, калі хвароба зьяўляецца больш небясьпечнай, чым сама опэрацыя. І ўмовы для ўтварэньня опэрацыі, і абстаноўка, у якой яна праводзіцца, і ўзрост, і агульны стан хворай павінны быць узяты пад увагу пры вырашэньні пытаньня аб опэрацыйным умяшаньні. І правільна д-р Лік, гаворачы аб урачы і яго прызваньні, заўважае, што добрым хірургам павінен ліч цца то які ведае, калі ня трэба опэраваць.

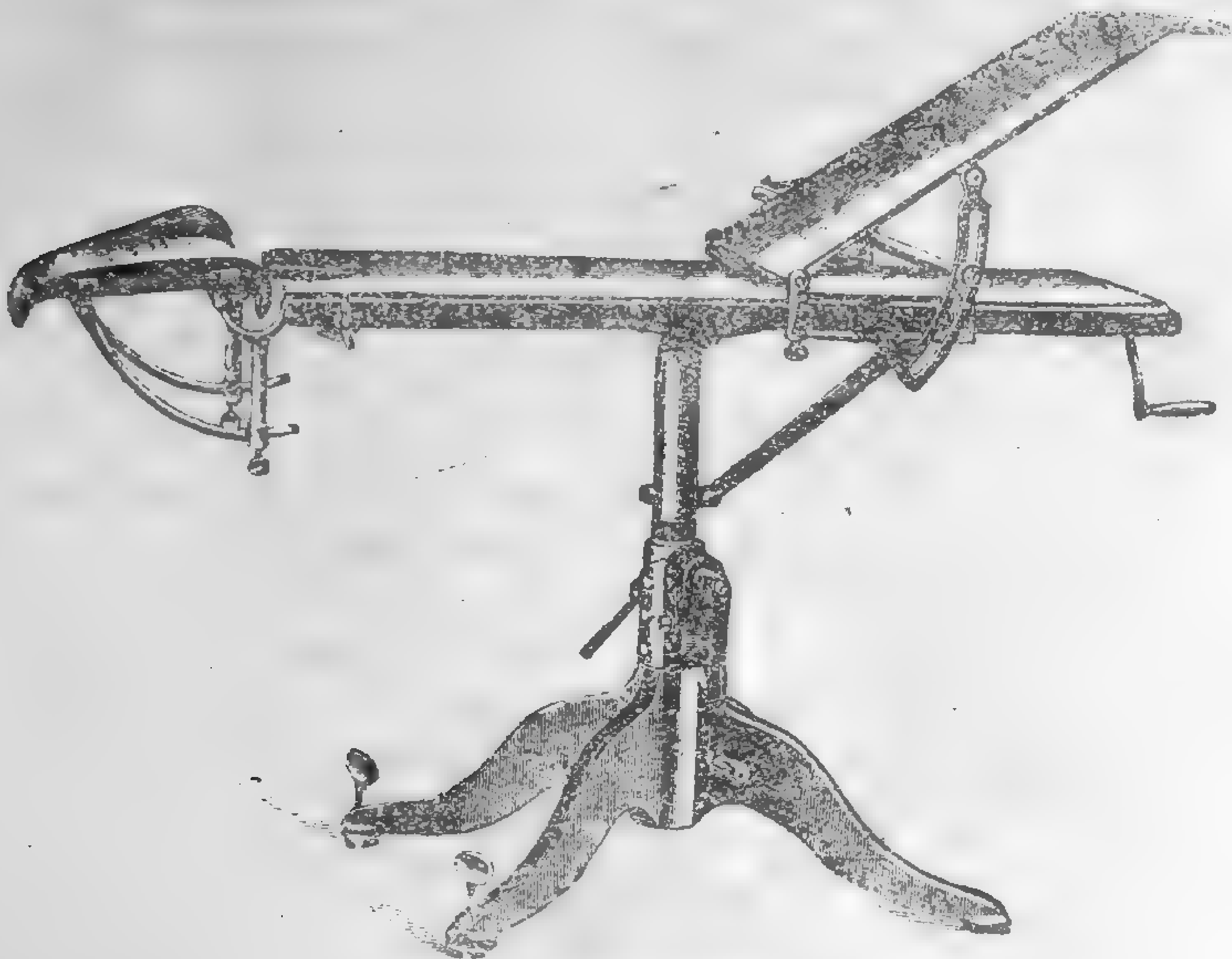
Опэрацыйнае ўмяшаньне, вядома, справа ўрача, опэрацыю робіць толькі ўрач, і ад яго ўменьня, кваліфікацыі, практыкі і тэхнікі залежыць вынік опэрацыі. Але ня меншая адказнасьць ляжыць і на **м э д ы ч н а й с я с т р ы а б о а к у ш э р ц ы**, якая прымае ўдзел у опэрацыйным лячэньні. Яна зьяўляецца актыўнай памочніцай опэратара да, у часе і пасьля опэрацыі. Яна падрыхтоўвае хворую да опэрацыі і на яе абавязку ляжыць падрыхтоўка інструмантаў і перавязачнага матэрыялу. Будучы опэрацыйнай сястрой, яна павінна сачыць за ходам опэрацыі і своячасова падаваць урачу той або іншы інструмант. Часта акушэрцы прыходзіцца быць наркотызатарам і нават асыстыраваць урачу. Ей-жа даручаецца і догляд хворай у пасьляопэрацыйным пэрыодзе.

Для таго, каб акушэрка стаяла на вышыні свайго прызначэньня і магла быць карыснай памочніцай, яна павінна грунтоўна засвоіць і добрасумленна праводзіць у сваёй практычнай дзейнасьці ўсе тыя мерапрыемствы, якія стварылі-б спрыяльныя ўмовы для опэрацыі і забясьпечылі-б гладкае, без ускладненьняў, цячэньне пасьляопэрацыйнага пэрыоду.

І вось тут на першым пляне стаіць самае строгае выкананьне ўсіх правіл **а с э п т ы к і**, г. зн. ужываньне ўсіх тых мерапрыемстваў, якія неабходны для папярэджаньня інфэкцыі. Дапаможны мэдычны атрад павінен засвоіць, што найменшае парушэньне гэтых правіл можа прывесьці да самых сумных вынікаў для хворай, што опэруецца. Сястра або акушэрка таксама павінна сачыць за тым, каб дапамагаючы ёй малодшы пэрсонал, быў выхаваны ў тым-жа духу ў сэнсе строгага выкананьня патрабаваньняў асэптыкі.

I. ПАДРЫХТОЎКА ДА ОПЭРАЦЫІ

Опэрацыйная і яе абстаноўка. У гінэколёгічных клініках і гінэколёгічных аддзяленьнях больніц ёсьць опэрацыйныя, якія



Мал. 40. Опэрацыйны стол.

пабудаваны згодна ўсіх патрабаваньняў тэхнікі і гігіены і абсталяваны ўсімі неабходнымі прыстасаваньнямі. У опэрацыйнай павінны знаходзіцца опэрацыйны стол (мал. 40), некалькі столікаў для інструмантаў, бікс з бялізнаю і перавязачным матэрыялам (мал. 41), некалькі табурэтак для эмаляваных тазаў, прывінчаны да сьцяны ўмывальнік з цякучай халоднай і цёплай вадой і столік для прадметаў, патрэбных для наркозу.

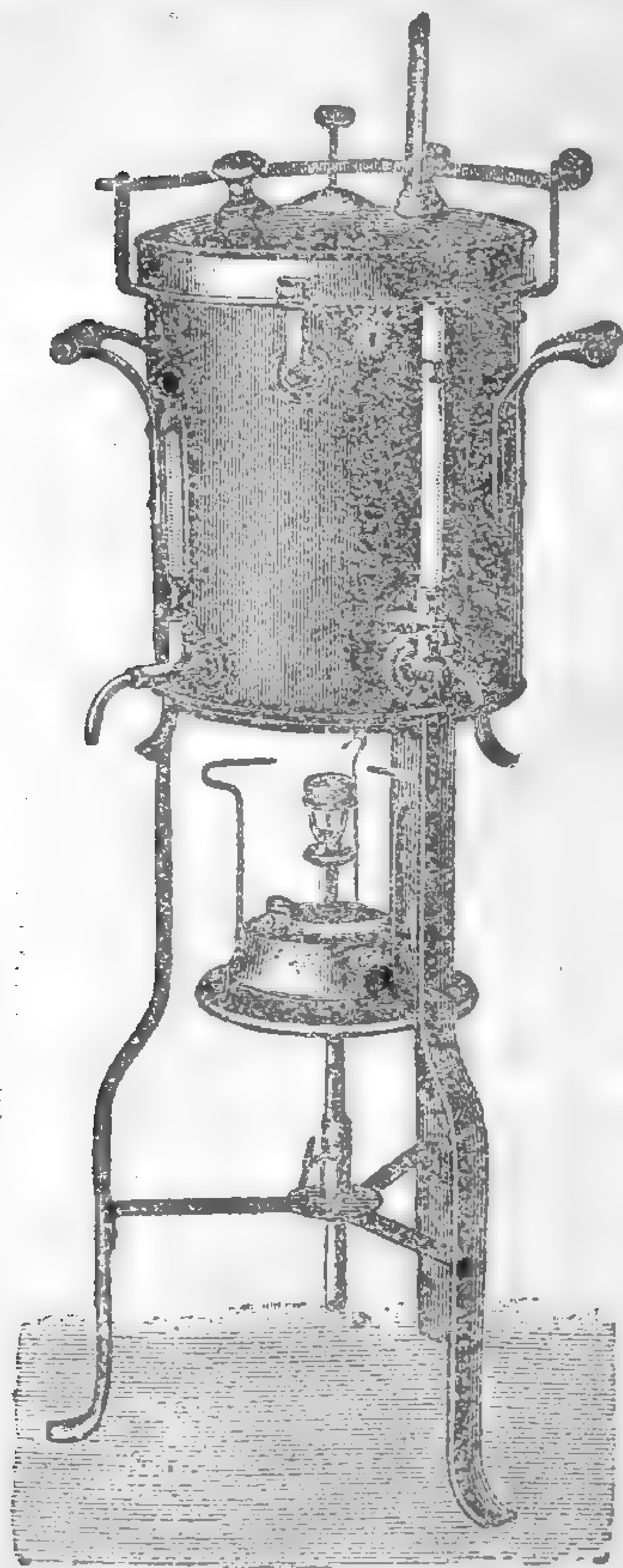


Рыс. 41. Бікс.

Сярэдні і малодшы мэдпэрсонал абавязаны сачыць за тым, каб опэрацыйная трымалася ў ідэальнай чыстаце, каб у ёй нідзе і ні на чым ня было пылу, каб яна часта вэнтылявалася, каб сьцены і сталы, афарбаваныя алейнай фарбай, а

таксама мэбля, што знаходзіцца ў ёй, часта выціраліся, каб да і пасьля опэрацыі падлога была чыста вымыта, каб тэмпэратура ў пакоі ў часе опэрацыі была ня ніжэй 14° R.

Але акушэрцы, якая працуе на раёне, часамі даводзіцца дапамагаць урачу ў часе экстранай, неадкладнай опэрацыі ў хатняй вясковай абстаноўцы, калі па той або іншай прычыне хворую немагчыма завезьці ў лекавую ўстанову. У такіх выпадках акушэрка павінна ўжыць максымум намаганьняў і скарыстаць ўсе магчымасьці, каб „опэрацыйную" прывесьці ў такі стан, пры якім опэрацыя магла-б быць праведзена з мінімальнаю рызыкай для хворай. Акушэрка павінна паклапаціцца аб тым, каб лішняя мэбля, рэчы і ўсякае рызьзё былі вынесены з пакою, каб ён быў ачышчаны ад сьмецьця і пылу, каб падлога была вымыта і каб пакой быў грунтоўна праветрыляваны. Праў проф. Салаўёў, кажучы, што опэрацыі можна праводзіць ва ўсякім пакоі.



Мал. 42. Аўтокляў.

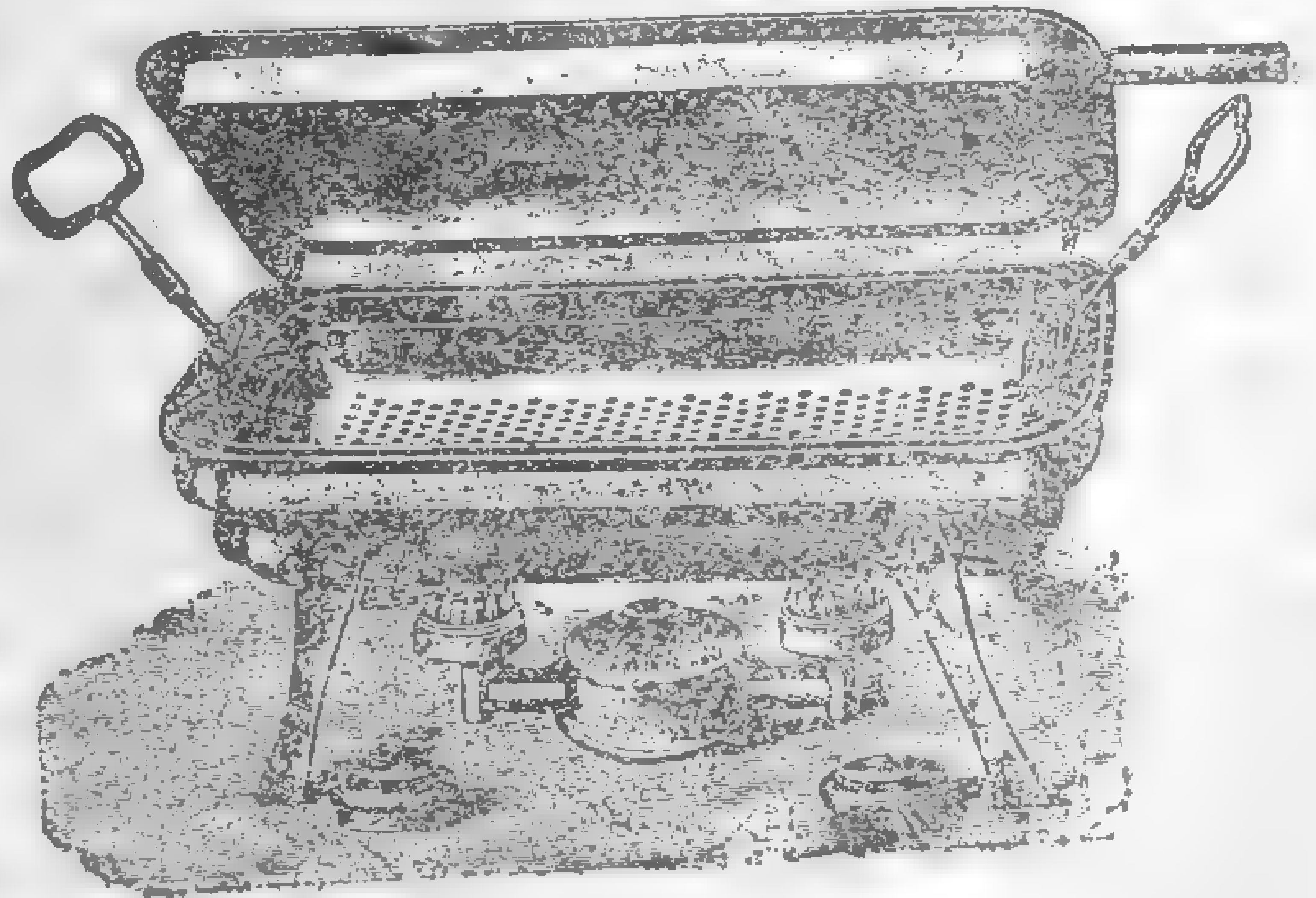
Стэрылізацыя бялізны і перавязачнага матэрыялу. Уся бялізна, прызначаная для ўдзельнікаў опэрацыі, для хворай і для опэрацыйнай, а таксама перавязачны матэрыял (халаты, касынкі, просьціны, падсьцілкі, сурвэткі, бінты, ватныя і марлевыя тампоны) павінны быць стэрылізаваны, г. зн. абеззаражаны ад інфэкцыі. Стэрылізацыя праводзіцца ў асобным апараце—аўтокляве—пры дапамозе цякучай пары, якая знаходзіцца пад пэўным ціскам (мал. 42).

Кожная акушэрка павінна быць добра знаёма з будовай аўтокляву і карыстаньнем ім.

Стэрылізацыя матэрыялу для швоў. Матэрыялам для швоў служыць шоўк, кетгут, дрот і звычайныя ніткі. Для

стэрылізацыі шоўку і кетгуту, для хаваньня іх у стэрылізаваным выглядзе карыстаюцца рознымі спосабамі і кожны аддае пераватгу таму способу, які яму здаецца найлепшым. Дрот стэрылізуецца кіпячэньнем разам з інструмантамі.

Стэрылізацыя інструмантаў. Інструманты стэрылізуюцца гатаваньнем у мэталічнай скрынцы, якая вядома пад назвай „стэрылізатар" (мал. 43). Каб інструманты не чарнелі і не іржавелі, іх трэба апускаць у кіпячую ваду, а па сканчэньн гатаваньня не пакідаць іх у астыўшай вадзе. Каб захаваць інструманты ад іржавеньня, раіцца яшчэ дадаваць да вады соду (на 1 літр вады 10 гр. соды). Інструманты прагатоўваюцца на працягу 15—20 мінут. Па сканчэньні опэрацыі інструманты павінны быць зараз-жа ачышчаны ад прыстаўшай да іх крыві і, каб унікнуць іржавеньня, насуха выцерты.



Мал. 43. Стэрылізатар.

Рэжучыя інструманты, а іменна: скальпэлі і нажніцы ад гатаваньня тупяцца, а таму іх не прагатоўваюць, а праціраюць 96 градусным сьпіртам і за некалькі гадзін да опэрацыі трымаюць іх у судзінах са сьпіртам. Аднак, некаторыя ўрачы ўсё-ж такі стэрылізуюць скальпэлі і нажніцы гатаваньнем, але папярэдне заверчваюць кожны інструмант у марлю і потым ужо апускаюць у кіпячую ваду.

Стэрылізацыя шчотак. Шчоткі для мыцьця рук стэрылізуюцца гатаваньнем на працягу 15 мінут. Захоўваюцца яны ў растворы сулемы (1 : 1000).

Эмаляваныя тазы абпальваюцца сьпіртам.

Абеззаражваньне рук. Падрыхтоўка рук для опэрацыі, каб зрабіць іх стэрыльнымі, зьяўляецца аднэй з важнейшых і разам з тым і самых цяжкіх задач асэптыкі. Важна гэта таму, што рукі заўсёды служылі і зараз служаць галоўнай крыніцай заражэньня. Абеззаражваньне рук цяжка таму, што ў іх скуры ёсьць складкі, поры, залозы, а часамі яшчэ і пашкоджаньні ў

выглядзе задзірын, трэшчын, царапін і да т. п., дзе хаваюцца розныя мікробы. Апошніх яшчэ больш бывае ў падпазногцевых прасторах. Але асабліва цяжка і нават немагчыма ў кароткі час прывесьці рукі ў стэрыльны стан, калі яны судакраналіся з гнілотнымі, гнойнымі і сэптычнымі матэрыяламі.

Ранейшае бязумоўнае давер'е да антысэптычных сродкаў, забіваючых бактэрыі, з надыходам асэптычнай эры ў мэдыцыне даўно ўжо пахіснулася. Бактэрыёлёгічнымі досьледамі даказана, што нават працяглае дзеяньне такога моцнага антысэптычнага сродку, як сулема (1:1000), ня можа канчаткова зьнішчыць усе бактэрыі. Такім чынам ясна, што адно апусканьне рук у антысэптычны раствор сулемы або лізоформу, як гэта рабілася раней і як цяпер яшчэ робяць некаторыя асобы мэдпэрсоналу, зусім недастаткова для абеззаражваньня рук.

Трэба памятаць, што рукі ня інструманты, якія гатаваньнем можна абясшкодзіць ад бактэрый і пакінуць іх у стэрыльным стане на працяглы час. Нашы рукі ў штодзённым жыцьці прыходзяць у судакрананьне з рознымі прадметамі, падазронымі па сваёй чыстаце. Адсюль вынікае, што мэдпэрсонал, які прымушаны прама або ўскосна прымаць удзел у опэрацыі, павінен старанна ахоўваць свае рукі ад забруджваньня *). Гінэколёг, акушэрка і мэдычная сястра павінны ўнікаць дакранацца да брудных прадметаў, а да заведама сэптычнага матэрыялу яны без асаблівай патрэбы не павінны дакранацца. У такіх выпадках пінцэт павінен замяняць пальцы.

Але бываюць выпадкі, калі няўнікальна прыходзіцца інфэктаваць свае пальцы, як напрыклад, пры дасьледваньні сэптычнай хворай, пры выдаленьні з маціцы смуродных рэштак плоднага яйца, або пры ўскрыцьці гнойнага абсцэсу. Лепш за ўсё ў такіх выпадках працаваць у пальчатках, якія разам з тым ахоўваюць мэдпэрсонал ад заражэньня. Але калі рукі дакрануліся да гэтага матэрыялу, то патрэбна неадкладная і на працягу дня шматразовая і грунтоўная ачыстка і дэзынфэкцыя рук. Яшчэ лепш, калі адзін або два дні трымаць сябе ў карантыне, г. зн. устрымлівацца ў той самы і наступны дзень ад якой-бы то ня было опэрацыі.

*) Адзін вельмі аўторытэтны гінэколёг перасьцерагае сваіх таварышоў ад нашэньня пальчатак у штодзённым жыцьці, бо яны часта зьяўляюцца месцазнаходжаньнем розных мікробаў.

Для абеззаражваньня рук перад опэрацыяй прапанавана шмат спосабаў, але найбольш пашыраным зьяўляецца способ Фюрбрынгера, які складаецца з трох момантаў. Першы момант—гэта мэханічная чыстка. Яна зводзіцца да наступнага: папярэдне коратка падрэзаныя пазногці пальцаў і падпазногцевыя прасторы ачышчаюцца ад бачнага бруду пазногцечысьцілкай, пасьля чаго мыюць рукі да локця цёплай вадой з мылам на працягу пяці мінут, з дапамогаю прастэрылізаванай шчоткі, потым сьвежай шчоткай зноў мыюць рукі, асабліва кончыкі пальцаў і далоні на працягу 3—5 мінут. Абмыўшы рукі вадою, выціраюць іх стэрыльнай сурвэткай або ручнікам.

Другі момант заключаецца ў абціраньні рук 96° сьпіртам з дапамогаю марлі на працягу 2 мінут.

Трэці момант—гэта хімічнае ўзьдзеяньне дэзынфэкцыйнай вадкасьці. Для гэтага апускаюць рукі ў тазік з растворам сулемы 1 : 1000. Некаторыя хірургі змазваюць яшчэ кончыкі пальцаў ёдам.

Многія хірургі надзяюць на абеззаражаныя рукі яшчэ стэрыльныя гумовыя пальчаткі. Яны стэрылізуюцца або шляхам гатаваньня, або ў аўтокляве. Некаторыя хірургі на гумовыя пальчаткі надзяваюць яшчэ тонкія ніцяныя пальчаткі, але чуласьць пальцаў пры гэтым значна зьніжаецца. Ніцяныя пальчаткі стэрылізуюцца ў аўтокляве разам з перавязачным матэрыялам. Яны зручны тым, што пры забрудненьні іх у часе опэрацыі крывёю або гноем яны лёгка могуць быць заменены сьвежымі.

II. ПАДРЫХТОЎКА ХВОРАЙ ДА ОПЭРАЦЫІ

Напярэдадні опэрацыі:

1) Зьмясьціць хворую ў палатку, дзе знаходзяцца выздараўліваючыя пасьля опэрацыі хворыя. Гэта дзейнічае на хворую заспакойваюча, і надыходзячая опэрацыя не здаецца ёй страшнай.

2) Памыць хворую ў мыльнай ванне, а калі гэта немагчыма, абцерці яе сьпіртам, напалавіну разьведзеным вадою.

3) Ачысьціць кішочнік, што дасягаецца прызначэньнем лёгкай ежы напярэдадні опэрацыі і развальняючым. Перад плястычнай опэрацыяй на прамежжы ачышчэньне кішочніка пачынаецца за 3 дні да опэрацыі прызначэньнем развальняючых і клізмы.

4) Пры похвавых опэрацыях вызначыць ступень чыстаты похвавай флёры і пры ўстанаўленьні 3-й і 4-й ступені спрынцаваць похву на працягу некалькіх дзён дэзынфэктуючым растворам.

5) Пры надыходзе мэнструацый похвавая опэрацыя адкладаецца да сканчэньня яе. Опэрацыя бязумоўна адкладаецца пры наяўнасьці на скуры, паблізу опэрацыйнага поля, язвачак або фурункулаў да іх загаеньня.

6) Зголіць валасы на лабку і на знадворных полавых частках, а пры чэравасячэньні і на пярэдняй брушной сьценцы. Абмыць знадворныя полавыя органы, сумежныя з паверхняй бёдраў цёплай вадой з мылам, а похву праспрынцаваць растворам сулемы 1 : 1000. Пры падрыхтоўцы да чэравасячэньня трэба старанна мыць брушную сьценку і апрацоўваць яе сьпіртам.

У дзень і перад пачаткам опэрацыі:

1) За тры гадзіны да опэрацыі робіцца клізма, а перад самым пачаткам опэрацыі катэтарам апаражняецца мачавы пузыр і хворая надзяе стэрыльныя кашулю і панчохі.

2) Падрыхтоўка скуры жывата робіцца рознымі хірургамі рознымі спосабамі. Адны зноў мыюць брушную сьценку мылам і цёплай вадой, абціраюць сьпіртам і змазваюць ёдам; другія абціраюць толькі бэнзынам і потым змазваюць ёдам, трэція робяць толькі змазваньне ёдам, ёд-бэнзынам,або адным сьпіртам. Асабліва стараннай ачысткі патрабуе пупок.

3) Пры похвавых опэрацыях другі раз мыюцца прылягаючыя паверхні бёдраў і знадворныя полавыя часткі, похва спрынцуецца і абціраецца сьпіртам.

4) Опэрацыйнае поле абкладаецца з усіх бакоў стэрыльнымі просьцінамі, якія прымацоўваюцца спэцыяльнымі заціскальнікамі.

Падрыхтоўка хворай да опэрацыі, як відаць са сказанага, зьяўляецца работай нескладанай і можа быць выканана пры ўсякай абстаноўцы. Яна звычайна даручаецца акушэрцы або мэдычнай сястры, якая нясе адказнасьць за дакладнае і акуратнае выкананьне ўсіх пералічаных прадпісаньняў. Як парушэньне правіл асэптыкі, так і неахайная падрыхтоўка хворай да опэрацыі можа мець непажаданыя вынікі.

III. АБЯЗБОЛЬВАНЬНЕ (НАРКОЗ)

У мэтах бязбольнага ўтварэньня опэрацыі ўжываецца агульны наркоз і мясцовае абязбольваньне (анэстэзія). Кожны з гэтых спосабаў вымагае навыку і напрактыкаванасьці. Таму наркоз звычайна даручаецца вопытнаму ў гэтых адносінах урачу. Але і сярэдні мэдпэрсонал павінен быць добра знаёмы з тэхнікай абязбольваньня, з супроцьпаказаньнямі, з ускладненьнямі і з мерамі папярэджаньня і адхіленьня гэтых ускладненьняў. І сапраўды, часта прыходзіцца опэраваць у такіх умовах, калі, з прычыны адсутнасьці памочнікаў, наркоз можа і павінен быць даручаны толькі акушэрцы або мэдычнай сястры. Таму кожная мэдычная школа павінна выхоўваць умелых і вопытных наркотызатараў.

1. Агульны наркоз. Найбольш часта ўжываецца агульны наркоз, пры якім усыпленьне і страта чульлівасьці наступае ад удыханьня пары хлёроформу або эфіру. Ня гледзячы на вялікае падабенства гэтых дзьвёх наркотычных матэрый, кожная з іх, аднак, мае свае адрозьненьні, свае асаблівасьці.

Хлёроформ—гэта бескаляровая і празрыстая вадкасьць з саладкаватым пахам, якая павольна выпараецца і разлагаецца пад уплывам дзеннага сьвятла, асабліва сонечнага.

Эфір—празрыстая вадкасьць, з характэрным пахам, якая хутка выпараецца і лёгка ўспалымняецца.

Усыпленьне і абязбольваньне ад хлёроформеннага наркозу надыходзіць значна хутчэй чымся эфірнага, а прабуджэньне пасьля яго больш павольнае, чым пасьля другога. Хлёроформ дрэнна ўплывае на сэрца і зьніжае крывяны ціск, а эфір узбуджае сардэчную дзейнасьць і павышае крывяны ціск. Эфір, ня маючы такога токсычнага дзеяньня як хлёроформ, мае, аднак, пабочнае дзеяньне: ён раздражняе сьлізевыя абалонкі дыхальных шляхоў і пры працяглым дзеяньні можа выклікаць бронхіт і пнэўмонію.

Супроцьпаказаньні да наркозу. Хлёроформенны наркоз супроцьпаказан пры міокардыце, дэкомпэнсаваных пароках і атлусьценьні сэрца, пры захворваньні судзіннай сыстэмы, нырак і пры дыябэце. Некаторыя хірургі ўстрымліваюцца ад хлёроформеннага наркозу пры компэнсаваных пароках сэрца, пры рэзкай анэміі і Базэдавай хваробе.

Супроцьпаказаньні да эфірнага наркозу наступныя: усякага роду захворваньні дыхальных шляхоў (тубэркулёз, бронхіт, пнэўмонія, эмфізэма лёгкіх), успаленьне нырак і дыябэт.

З прычыны большай бясьпечнасьці эфіру ў адносінах уплыву яго на сэрца ў апошні час пачалі ўсё часьцей карыстацца эфірным наркозам.

Некаторыя хірургі карыстаюцца **мяшаным наркозам**, г. зн. пачынаюць усыпляць хворую з дапамогаю хлёроформу, а затым працягваюць наркоз на адным эфіры. Зьмешваць хлёроформ і эфір у адным фляконе і наркотызаваць гэтаю сумесьсю, як гэта некаторыя робяць, не рэкомэндуецца.

Падрыхтоўка хворай і падрыхтаваньні да наркозу. У мэтах папярэджаньня аскладненьняў у часе і пасьля наркозу, неабходна папярэдняе абсьледваньне хворай за некалькі дзён да опэрацыі. Асабліва старанна павінны быць дасьледваны органы дыханьня і крывязвароту, г. зн. лёгкія і сэрца. Для вызначэньня працаздольнасьці сэрца і лёгкіх рэкомэндуецца ў няпэўных выпадках ужываньне так званай дыхальнай пробы, якая заключаецца ў наступным: хворую прымушаюць затрымаць дыханьне і назіраюць, колькі сэкунд пройдзе да першага мімавольнага ўздыху. Здаровы чалавек з нормальным сэрцам можа затрымаць дыханьне на 20—30 сэкунд. Затрымка дыханьня на меншую колькасьць сэкунд сьведчыць аб сардэчным захворваньні. Неабходна таксама дасьледваць мачу на бялок і цукар.

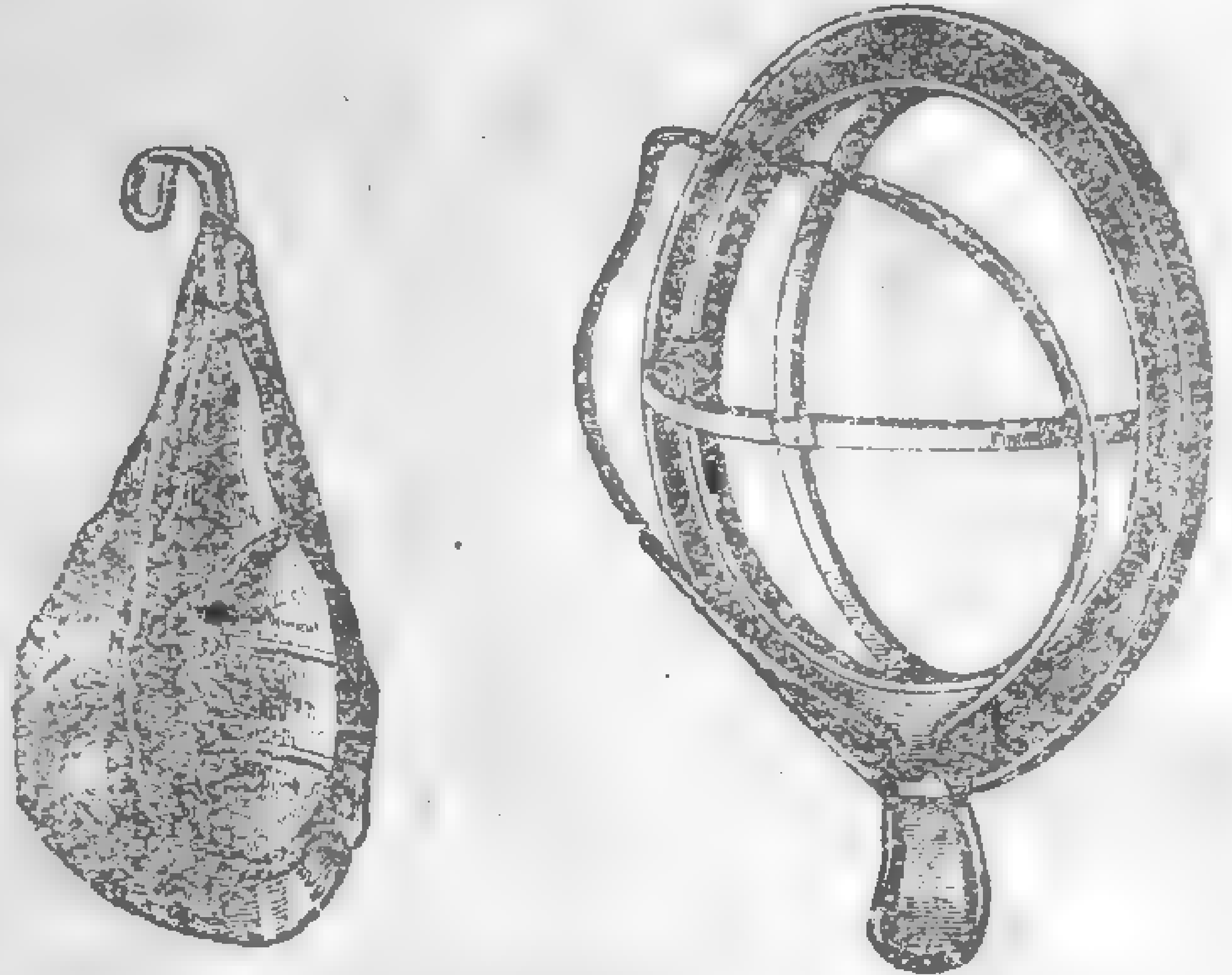
Для папярэджаньня ванітаваньня ў часе наркозу патрэбна, каб кішочнік быў ачышчаны і каб страўнік быў пусты. У дзень опэрацыі можна дазволіць выпіць ня больш кубка чаю, чорнай кавы або віна, але не пазьней, чым за 2 гадзіны да опэрацыі.

Нэрвовым хворым, асабліва калі яны церпяць ад бяссоньніцы, рэкомэндуецца напярэдадні напач прапісаць парашок вэранолю, а перад самым наркозам упырснуць морфій.

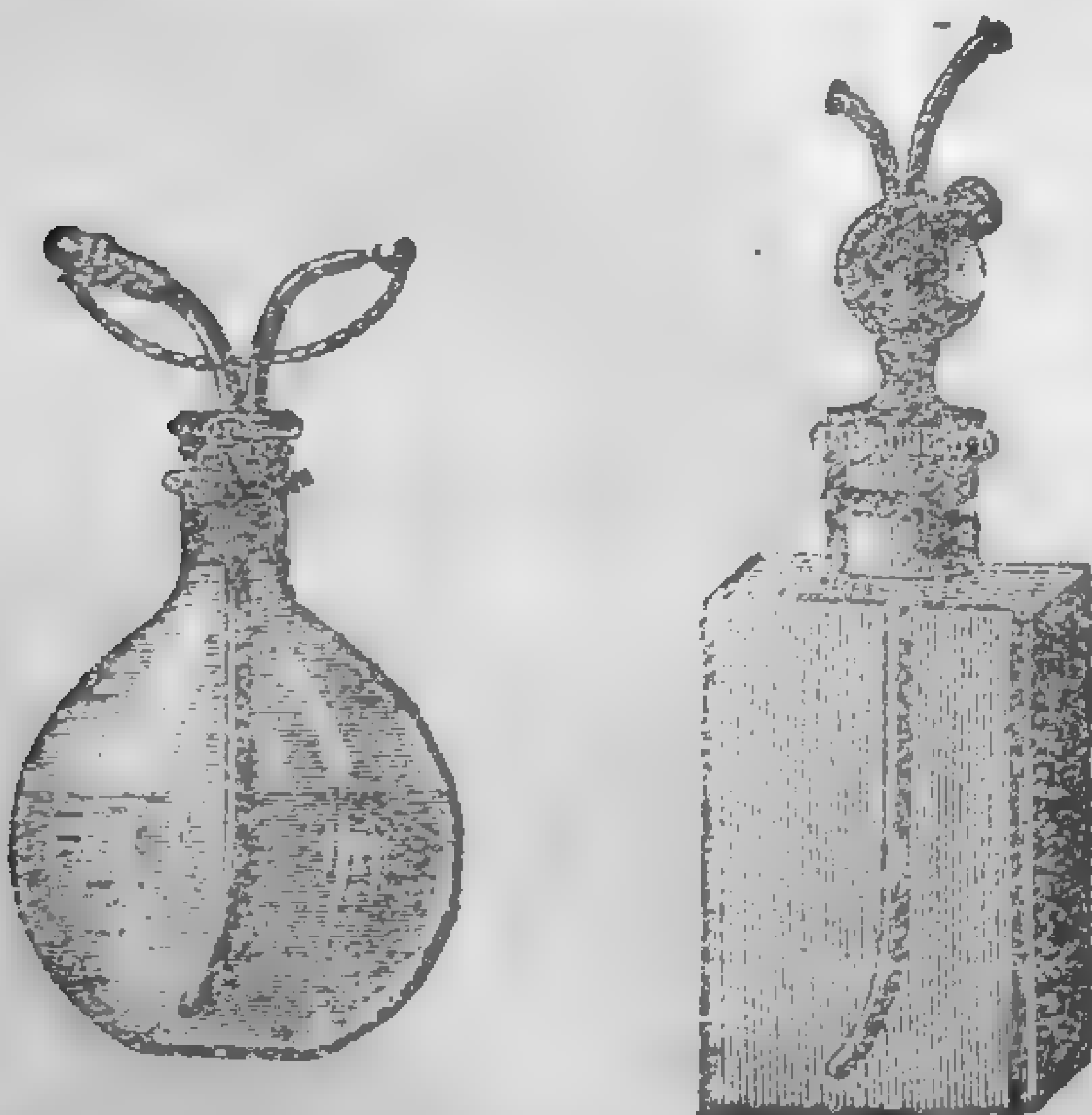
Пытаньне аб тым, дзе лепш праводзіць наркоз, у асобным пакоі або ў самай опэрацыйнай, вырашаецца рознымі хірургамі па-рознаму. Усё-ж такі там, дзе гэта магчыма, рацыянальней наркотызаваць хворую ў асобным пакоі, бо выгляд опэрацыйнай і ўсіх падрыхтаваньняў, а таксама прысутнасьць каля паўдзесятка памочнікаў, а часамі яшчэ значная колькасьць вучняў у якасьці гледачоў—усё гэта робіць на хворую дрэннае ўражаньне і выклікае непакой і хваляваньне.

Ва ўсякім разе, калі наркоз даводзіцца даваць у опэрацыйнай, то трэба прывесьці хворую ў прыбраную опэрацыйную, дзе не павінна быць сьлядоў нядаўна зробленай опэрацыі (крыві, выдаленых пухлін і да т. п.).

Для наркозу трэба нарыхтаваць на асобным століку наступныя прадметы (мал. 44, 45): маску, кропельніцу з хлёроформам і эфірам (мал. 46, 47), ротарасшыральнік, языкатрымальнік (мал. 48, 49), корнцанг для захопліваньня кавалачкаў марлі і выціраньня імі гартані ад сьлізу, ручнік для прыкрываньня вачэй хворай, каб унікаць раздражненьня іх параю хлёраформу, вазэлін для змазваньня твару, каб ня было апёкаў, якія могуць здарыцца ад трапленьня кропель хлёроформу, тазік на выпадак ванітаваньня (мал. 50). Неабходна мець нагатове прастэрылізаваны шпрыц і растворы камфары, кофэіну і дыгалену. У некаторых опэрацыйных ёсьць яшчэ падушка з кіслародам.



Мал. 44 і 45. Маскі для наркозу.

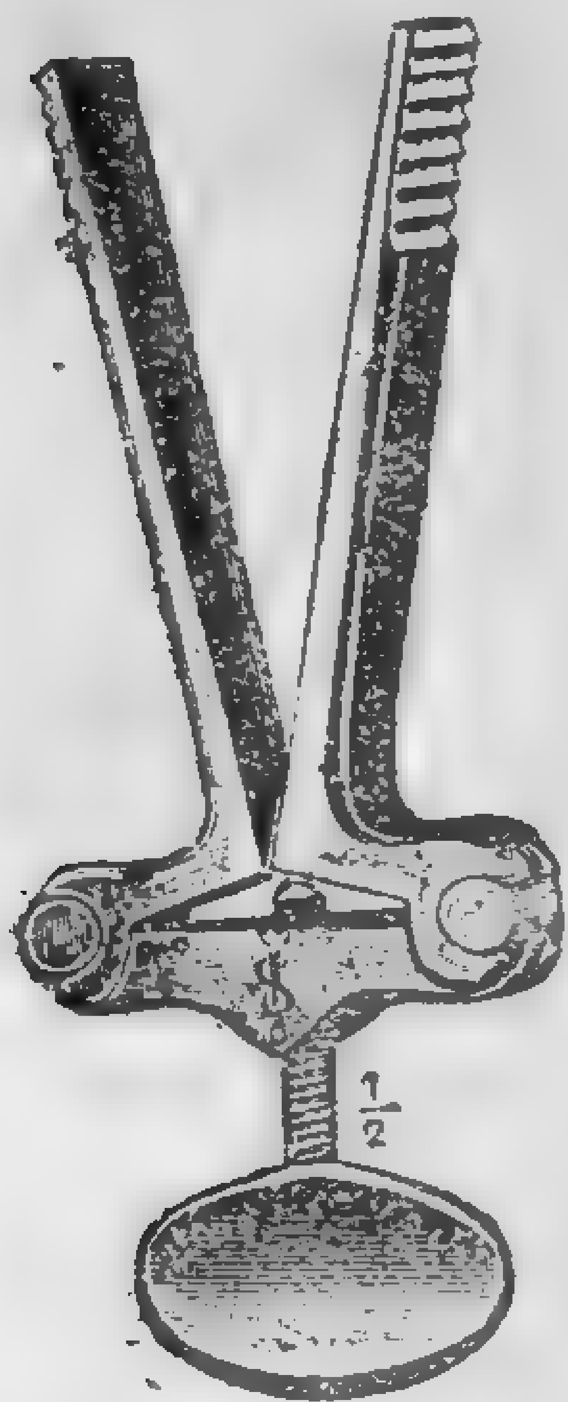


Мал. 46 і 47. Кропельніцы для наркозу.

Перад пачаткам наркозу неабходна даведацца, ці няма ў хворай ківаючыхся або ўстаўных зубоў.

Неабходна яшчэ адзначыць, што як хлёроформ, так і эфір павінны быць добрай якасьці і спэцыяльна прыгатаваны для наркозу. З-за лёгкай разлагальнасьці абедзьвюх гэтых матэрый пад уплывам дзеннага сьвятла, яны павінны захоўвацца ў цёмнай добра закоркаванай бутэльцы і ў месцы, куда ня можа трапіць сьвятло.

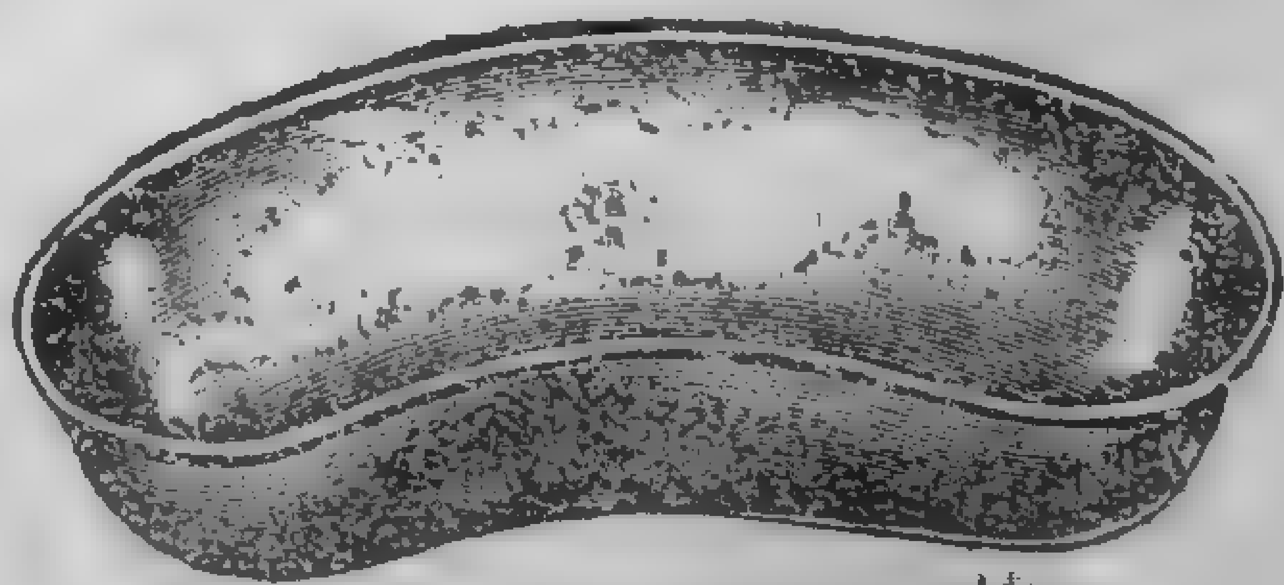
Тэхніка наркозу. Пачынаць наркоз трэба пры абсолютнай цішыні ў опэрацыйнай. Пачынаюць наркоз накапваньнем хлёроформу ў самых нязначных дозах і пры гэтым загадваюць хворай дыхаць роўна і глыбока, а наркотызатар павінен часта перапыняць прыкладаньне маскі, каб пры кожным перапынку хворая мела магчымасьць свабодна ўдыхаць сьвежае паветра. У гэты-ж час раяць хворай лічыць у голас да 100 або больш, а потым у адваротным парадку. Калі хворая пачынае блытацца ў лічэньні, то гэта азначае, што сьвядомасьць зацьмяваецца і надыходзіць першая—**падрыхтоўчая стадыя наркозу.** У гэты час пульс і дыханьне пачашчаюцца. Гэта стадыя канчаецца стратай прытомнасьці, а за ёй пачынаецца **другая стадыя—пэрыод узбуджэньня:** хворая пачынае сьпяваць, крычаць і лаяцца. Зьяўляюцца сударгавыя рухі ў руках і нагах, хворая кідаецца, зрывае з сябе маску і імкнецца ўстаць. Пульс і дыханьне яшчэ больш пачашчаюцца, зрэнкі некалькі расшыраюцца, але яшчэ рэагуюць на сьвятло. Пры паскораньні накапваньня хлёроформу параўнаўча хутка надыходзіць **трэцяя стадыя—пэрыод поўнага сну,** які характарызуецца поўнай стратай прытомнасьці, адчувальнасьці і зьнікненьня ўсіх адвольных цяглічных скарачэньняў і рэфлексаў. Апошнім зьнікае корнэальны рэфлекс, які заключаецца ў тым, што пры дакрананьні пальца да рагавой або злучальнай абалонкі вока адбываецца замыканьне павека. Калі-ж такое дакрананьне не выклікае замыканьня павек, то гэта азначае, што хворая знаходзіцца ў глыбокім сьне і што можна прыступіць да опэрацыі. У гэтым пэры-



Мал. 48. Ротарасшыральнік.



Мал. 49. Языкатрымальнік.



Мал. 50. Тазік для ванітных мас.

одзе пульс і дыханьне крыху замаруджваюцца і робяцца больш роўнымі.

Пры вядзеньні наркозу неабходна сачыць за агульным станам хворай, але галоўным чынам за дыханьнем, афарбоўкай скуры і станам пульсу.

Тэхніка эфірнага наркозу адрозьніваецца ад тэхнікі хлёроформеннага наркозу толькі тым, што замест накапваньня тут прыходзіцца паўторна прыліваць у маску невялікую колькасьць эфіру; у астатнім усе дэталі аднолькавы. Некаторая розьніца заўважаецца толькі ў карціне ўсіх трох стадый наркозу: падрыхтоўчы пэрыод пры наркотызацыі эфірам даўжэйшы, а таму ў пэўных выпадках для скарачэньня гэтага пэрыоду ўжываюць мяшаны наркоз. Пэрыод узбуджэньня выяўлен крыху мацней. У трэцім пэрыодзе афарбоўка скуры цыянотычная. Перавага эфіру перад хлёроформам у тым, што нават вельмі вялікая колькасьць яго лёгка пераносіцца і ня мае такога шкоднага ўплыву на організм, як пара хлёроформу ў той-жа колькасьці. Таму эфірны наркоз асабліва неабходны пры цяжкіх і працяглых опэрацыях, а таксама пры экстрэнных опэрацыях у абяскроўленых хворых.

Аскладненьні ў часе і пасьля наркозу. Самым частым аскладненьнем у часе наркозу зьяўляюцца ваніты. Яны бываюць як пры хлёроформенным, так і пры эфірным наркозе. Пры зьяўленьні першых ванітных рухаў ня толькі не належыць спыняць наркоз, але, наадварот, неабходна павялічыць дозу, бо гэта сьведчыць аб прабуджэньні хворай. Калі-ж ваніты ўсё-такі зьяўляюцца, то галаву хворай неабходна павярнуць на правы бок, расшырыць рот і ачысьціць яго поласьць ад ванітных мас, інакш яны могуць трапіць у гартань або трахею і тым самым затрудніць дыханьне.

Другое частае аскладненьне—гэта западаньне языка. Яно тлумачыцца тым, што пры агульным расслабленьні цягліц язык з прычыны сваёй цяжкасьці западае назад і прыкрывае ўваход у гартань. Хворая пры гэтым сінее, пульс пачашчаецца і дыханьне аслабляецца. Гэта аскладненьне адхіляецца такім чынам: абедзьве далоні прыкладаюць да вачэй хворай, прычым вялікія пальцы ляжаць на вісочнай вобласьці, а ўказальныя пальцы падводзяцца ззаду вуглоў ніжняй сківіцы і потым усю ніжнюю сківіцу паднімаюць уперад так, каб ніжнія зубы былі сьпераду зубоў верхняй сківіцы і ў такім палажэньні трымаюць сківіцу. Калі гэтым пры-

ёмам мэта не дасягаецца і дыханьне не паляпшаецца, дык трэба ўжыць другі прыём: расшырыўшы папярэдне ротарасшыральнікам рот, уводзяць языкатрымальнік, выцягваюць ім запаўшы язык і трымаюць яго ў выцягнутым палажэньні.

Ваніты і западаньне языка зьяўляюцца мэханічнымі прычынамі расстройства дыханьня, якія могуць быць адхілены тым або іншым прыёмам. Але надзвычайна небясьпечна трэцяе ускладненьне, якое абумоўлена токсычным дзеяньнем хлёроформу на дыхальны цэнтр і якое выяўляецца ў цяжкай форме асфіксіі і можа выклікаць паралюш сэрца. Расшырэньне зрэнак пры поўнай адсутнасьці рэфлексаў, няправільныя дыхальныя рухі, а тым больш спыненьне дыханьня, павінны служыць для наркотызатара грознаю перасьцярогаю, бо за гэтай зьявай могуць надыйсьці ўсе зьявы ўпадку сардэчнай дзейнасьці: і пульс пачашчаецца, робіцца малым, ніцепадобным, ледзь адчувальным, хутка зусім зьнікае і наступае спыненьне сэрца. Для адхіленьня гэтых грозных зьяў неабходна зараз-жа спыніць наркоз і зараз-жа распачаць штучнае дыханьне *). Пры пагражаючым спыненьні сэрца неабходна зараз-жа зрабіць падскурную ін'екцыю камфары, кофэіну, дыгалену і падскурнае або ўнутрывэннае ўліваньне фізыолёгічнага раствору.

Пры эфірным наркозе ўсе гэтыя ускладненьні бываюць значна радзей. Калі пры ім часамі і назіраецца асфіксія, то яна бывае у лёгкай ступені і не становіць сабой небясьпекі. Наколькі эфірны наркоз менш небясьпечны параўнаўча з хлёроформенным, гаворыць нам статыстыка: у той час як сьмяротнасьць пры апошнім роўна 1 на 2500, сьмяротнасьць ад эфірнага наркозу роўна 1 на 11000, г. зн. амаль што ў $4^1/_2$ разы меншая.

З ускладненьняў, назіраемых пасьля наркозу, трэба адзначыць ваніты, асьпірацыйную пнэўмонію, якая разьвіваецца на глебе траплeньня ванітных мас у дыхальныя шляхі і паралюш верхніх канцавін. Апошні разьвіваецца ад прыціскаьня нэрвовага спляцэньня плечавой косьцю пры адвядзеньні рукі высока ўверх. Аднак, такі паралюш хутка праходзіць.

2. **Мясцовае абязбольваньне.** Сьпіннамазговая анэстэзія ўжываецца ў сучасны момант пры гінэколёгічных опэра-

*) Кожная мэдычная сястра і акушэрка павінны быць знаёмы з рознымі спосабамі штучнага дыханьня, апісанымі ва ўсякай кнізе, дзе гаворыцца аб падачы першай дапамогі.

цыях надзвычайна рэдка дый то толькі пры наяўнасьці супроцьпаказаньняў да ўжываньня агульнага наркозу. Гэты мэтод абязбольваньня не атрымаў шырокага практычнага ўжываньня таму, што пры ім даволі часта назіраюцца ускладненьні, якія доўга не паддаюцца лячэньню. Мы таму на падрабязным апісаньні тэхнікі гэтага мэтоду ня будзем спыняцца, тым больш, што правядзеньне яго ня можа быць даручана сярэдняму мэдпэрсоналу. У грубых рысах тэхніка яго заключаецца ў наступным: робяць пракол паміж дзьвюма паясьнічнымі хрыбеткамі і, пранікнуўшы ў сьпіннамазгавы канал, выпускаюць з яго некаторую колькасьць сьпіннамазгавой вадкасьці і павольна ўпырскваюць столькі-ж кубікаў 5% раствору новакаіну. Праз 10—20 мінут надыходзіць поўная страта адчувальнасьці ва ўсёй ніжняй палавіне тулава. Пры гэтым хворая прытомнасьці ня траціць, што зьяўляецца бадай што адзінай перавагай гэтага спосабу. Аднак, некаторыя гінэколёгі і ў гэтым бачаць адмоўны бок указанага мэтоду, бо ня ўсе жанчыны добра пераносяць опэрацыі пры гэтай форме анэстэзіі.

Мясцовая анэстэзія. З розных спосабаў чыстай мясцовай анэстэзіі заслугоўвае ўвагі інфільтрацыйная і правадніковая анэстэзія. Гэтыя спосабы незаменны ў тых выпадках, калі агульны наркоз супроцьпаказаны або з якой-небудзь прычыны непажаданы.

Інфільтрацыйная анэстэзія заключаецца ў тым, што ў месца опэрацыі ўпырскваецца ¼—½% раствору новакаіну для насычэньня гэтым растворам усіх тканак і органаў вобласьці, што опэруецца. У гінэколёгіі гэтым спосабам карыстаюцца пры надзвычайна абмежаваным кругу паказаньняў.

Пры правадніковай анэстэзіі ўпырскваецца ½—1% раствору новакаіну паблізу або ў тоўшчу адчувальнага нэрву, ідучага да пэўнай тканкі. Гэты спосаб анэстэзіі заслугоўвае асаблівай увагі і далейшая распрацоўка яго на вялікім матэрыяле надзвычайна пажадана. Справа ў тым, што ў сучасны момант вельмі пашыраны опэрацыі штучнага аборту. У цяжарных упяршыню і ў асоб з павышанай узбуджальнасьцю нэрвовай сыстэмы гэта опэрацыя, асабліва расшырэньне шыйкі маціцы, суправаджаецца вялікімі болямі. Таму адны гінэколёгі раяць рабіць аборт пад агульным наркозам, другія, наадварот, лічаць агульны наркоз супроцьпаказальным з прычыны магчымасьці пэрфарацыі расслабленай маціцы і рэкомэндуюць для абязболь-

нага правядзеньня аборту ўжываць мясцовую праваднікозую анэстэзію або глыбокую інфільтрацыю парамэтральнай клеткавіны, часамі з дадаваньнем да апошняй яшчэ ін'екцыі непасрэдна ў тоўшчу шыйкі маціцы. Прыхільнікам мясцовай анэстэзіі пры штучным аборце зьяўляецца таксама і кіраўнік акушэрскагінэколёгічнай клінікі нашага Беларускага мэдыцынскага інстытуту проф. М. Л. Выдрын. Ужываньне мясцовай анэстэзіі ў гэтай клініцы пры 120 абортах дало вельмі суцяшальныя вынікі.

Тэхніка заключаецца ў наступным: 120 *куб. см* ¼ % раствору новакаіну абясплоджваецца гатаваньем. Да гэтага раствору пасьля яго ахаладжэньня дадаецца 12—15 кропель адрэналіну 1 : 1000. Непасрэдна перад опэрацыяй бутэлька з растворам зьмяшчаецца ў судзіну з гарачаю вадою на некалькі мінут для награваньня. Пасьля звычайнага спрынцаваньня і нізьвядзеньня похвавай часткі ўпырскваецца парацэрвікальна з абодвых бакоў у клеткавіну на 1 *см* глыбіні, па 50—60 *куб. см* анэстэзуючага раствору. Пры правільным правядзеньні гэтага спосабу анэстэзіі атрымліваецца страта адчувальнасьці ў вобласьці шыйкі, што дае магчымасьць расшырыць яе бяз болю, а таксама рабіць на ёй розныя дробныя опэрацыі. Гэты спосаб, як ужо сказана, патрабуе далейшай праверкі і на большым матэрыяле.

IV. ПАСЬЛЯОПЭРАЦЫЙНЫ ПЭРЫЯД

Пасьля опэрацыі ў брушной поласьці і зашываньня брушной сьценкі на месцы былога разрэзу накладаецца павязка з некалькіх стэрыльных сурвэтак, зьверху якіх кладуць невялікі пласт ваты і ўсё гэта ўмацоўваецца бінтом. Некаторыя замест бінта кладуць шырокую марлевую сурвэтку, якая прымацоўваецца колёдыем або некалькімі палоскамі ліпкага плястару. Пасьля похвавых опэрацый уводзяць у похву пухкі тампон з асэптычнай марлі, які праз суткі выдаляецца. Калі ўведзен марлезы дрэнаж праз брушную сьценку або праз похву, то яго выдаляюць на 6—8 дзень.

Пасьля накладаньня павязкі хворую на насілках або ў калясцы пераводзяць у палату і кладуць у добра сагрэтую пасьцель. Пасьцель саграецца гумовымі грэлкамі або бутэлкамі, напоўненымі гарачай вадой.

1. **Догляд хворай.** Першыя суткі пасьля опэрацыі хворая павінна ляжаць на сьпіне, прычым, калі быў ужыты агульны нар-

коз, то галава павінна ляжаць у горызонтальным палажэньні без падушак. А калі хворая ў часе опэрацыі страціла шмат крыві, то галава павінна ляжаць ніжэй тулава і ніжніх канцавін, для чаго нажны канец койкі павінен быць прыпадняты. Да ног хворай павінны быць прыкладзены грэлкі або бутэлькі з гарачай вадой. Апошнія не павінны прыкладвацца да голага цела, бо хворая, знаходзячыся пад уплывам наркозу, можа не адчуваць утварэньня апёку.

У першыя-ж суткі пасьля опэрацыі кладуць на жывот пузыр з лёдам, прычым праз кожныя дзьве гадзіны яго трэба здымаць з перапынкам на 1 гадзіну.

Першы час пасьля опэрацыі, пакуль хворая не прачнецца і ня прыдзе ў прытомнасьць, каля ложка павінна сядзець мэдычная сястра або вопытная сядзелка і сачыць за пульсам, дыханьнем і афарбоўкай твару. Пры зьяўленьні ванітаў неабходна адраз-жа нахіліць галаву на бок і падставіць тазік для ванітных мас.

Але ваніты могуць зьяўляцца на працягу цэлых першых сутак і яшчэ далей. Яны бываюць вынікам наркозу, асабліва хлёраформеннага. Для барацьбы з імі карыстаюцца рознымі сродкамі, а іменна: грэлка з гарачай вадой, гарчычнік на вобласьць жывата, морфій пад скуру, кавалкі лёду, мятныя або лаўравішнёвыя кроплі; але ўсе гэтыя сродкі па сваім дзеяньні слабыя. Пры працяглых ванітах некаторыя з посьпехам даюць хворай шклянку цёплай вады, якая ванітнымі рухамі выкідваецца назад—і ваніты спыняюцца. У гэтым сродку бачаць прамываньне страўніка. Калі ваніты цягнуцца доўга, то рэкомэндуюцца яшчэ клізмы з чвэрткі шклянкі вады, з 1,0 бромістага натру, 2—3 разы на дзень.

Пры моцных болях у пасьляопэрацыйным пэрыодзе, якія пазбаўляюць хворую сну, неабходна рабіць падскурныя ін'екцыі морфію, чаргуючы іх з ін'екцыямі пантопону.

Каб зьнішчыць смагу, якая часта назіраецца ў першыя дні пасьля опэрацыі, даюць па чайнай лыжцы халоднай гатаванай вады, каб змачыць і выпаласкаць рот; праглынаць ваду ня варта. На другі дзень пасьля опэрацыі можна даваць патрошку чаю або чорнай кавы. Пры наяўнасьці празьмернай смагі прызначаюцца невялікія клізмы з фізыолёгічнага раствору, або яшчэ лепш, кропельныя клізмы.

Пры бяссоньніцы, якая назіраецца ў некаторых хворых у першыя дні з прычыны адчуваемых боляў, смагі, ванітаў,

вымушанага ляжаньня на сьпіне, а таксама ўзбуджанай псыхікі, прызначаюць вэрональ, бром, морфій.

Пасьля опэрацыі неабходна сачыць за поласьцю роту. Паласканьне роту растворам борнай кіслаты або перакісам вадароду і ачышчэньне языка ня толькі адхіляе некаторыя ускладненьні, але і садзейнічае палепшаньню апэтыту.

Харчаваньне хворых. У дзень опэрацыі хворая не атрымлівае ніякай ежы. З 2-га па 5-ы дзень пасьля опэрацыі яна атрымлівае толькі вадкую ежу (чай, кава, бульён, кісель) і толькі з 5-га дня паступова пераходзіць на звычайныя харчы.

Павязка, накладзеная на опэрацыйную рану, не зьмяняецца да дня зьняцьця швоў і толькі тады, калі яна прамакае або выклікае боль, ці калі тэмпэратура павышаецца, прыходзіцца зьняць яе для агляду рубца.

Скурныя швы або скобкі Мішэля здымаюцца на 7-мы дзень, а на 9—10 дзень хворая можа садзіцца і на наступны дзень уставаць. Пры спрыяльным цячэньні пасьля опэрацыйнага пэрыоду хворая на 14 дзень выпісваецца. Калі яна перанесла опэрацыю чэравасячэньня, то ей рэкомэндуецца насіць бандаж у выпадках абвіслага жывата і расслабленьня брушных сьценак.

Некаторыя гінэколёгі дазваляюць сваім опэраваным хворым уставаць і хадзіць ужо на 3—5 дзень. Яны лічаць, што раньняе ўставаньне садзейнічае больш правільнаму крывязвароту, лепшаму функцыянаваньню кішочніка і мачавога пузыра і ўмацаваньню цягліц брушной сьценкі.

Назіраньне за пульсам, тэмпэратурай і дыханьнем. Стан пульсу ў пасьляопэрацыйным пэрыодзе служыць паказальнікам стану хворай, а таму назіраньне за ім з боку даглядаючага пэрсоналу мае надзвычайна вялікае значэньне. Пачашчэньне пульсу (звыш 100 удараў у мінуту) пасьля опэрацыі, калі да опэрацыі і ў часе самой опэрацыі ня было для гэтага прычын (крывяцячэньня), павінна прымусіць нас высьветліць прычыну такога пачашчэньня. Часамі яно зьяўляецца прызнакам унутранога крывяцячэньня і слабасьці сэрца, вымагаючых тэрміновай дапамогі, часамі яно зьяўляецца прадвяшчальнікам інфэкцыі.

Тэмпэратура ў першы вечар пасьля опэрацыі можа павысіцца да 37,5° і вышэй. Пры нормальным цячэньні яна на другі дзень спадае і больш не павышаецца. Але павышэньне

тэмпэратуры ў наступныя дні сьведчыць ужо аб якім-небудзь адхіленьні ў загаеньні раны або ў опэрацыйным полі. Частыя азнобы, а за імі моцнае павышэньне тэмпэратуры, эбыткоўныя поты і пачашчаны пульс пры рэмісіі—усё гэта гаворыць аб агульнай інфэкцыі організму.

Пачашчанае дыханьне назіраецца пры моцным уздуцьці кішок, пры надта высокай тэмпэратуры, а таксама пры ўспаленьні лёгкіх.

Назіраньне за кішочнікам. У многіх хворых пасьля опэрацыі чэравасячэньня ўжо ў першыя дні назіраецца недастатковая функцыя кішочніка: заўважаецца накапленьне газаў у кішочніку і ўздуцьце жывата. У лёгкіх выпадках клізма з мылам або гліцарынам, а часамі разв'альняючае ($1^1/_2$ сталовых лыжак рыцыны, гляўбэрава соль і да т. п.) выклікаюць стул і адыход газаў. Калі-ж, ня гледзячы на ўжытыя меры, газы ўсё-ж прадаўжаюць накапляцца і ўздуцьцё жывата павялічваецца, прыходзіцца зварачацца да высокіх клізмаў з адвару рамонку з дадаткам дзьвёх сталовых лыжак гліцарыну, а потым устанаўляецца гумавая газаадводная трубка. Добра ўплываюць, выклікаючы скарачэньні і пэрыстальтыку кішак, упырскваньні пітуітрыну.

Назіраньне за мачавыдзяленьнем. Хворыя пасьля опэрацыі часта скардзяцца на немагчымасьць самастойнага выпусканьня мачы. Тлумачыцца гэта часткова непрывычнасьцю апаражняць мачавы пузыр у ляжачым палажэньні, часткова слабым дзеяньнем брушнога прэсу ў опэраваных. У гэтых выпадках прыкладаньне грэлкі на вобласьць пузыра або ваты, змочанай цёплым борным растворам да знадворных полавых частак, выклікае мачавыдзяленьне. Калі гэтая мера ня робіць уплыву, то ўпырскваюць пітуітрын, які выклікае скарачэньне мачавога пузыра. Але і гэты сродак можа аказацца ненадзейным і тады прыходзіцца зварачацца да катэтэра. Катэтэрызацыя павінна праводзіцца з захаваньнем усіх правіл асэптыкі і антысэптыкі. Катэтэр павінен быць прастэрылізаваны гатаваньнем, а знадворную адтуліну мачавыпускальнага каналу і навакол яго належыць абцерці ватаю, змочанаю якім-небудзь дэзынфэктуючым растворам. Паўторная катэтэрызацыя павінна быць па-магчымасьці абмежавана, бо яна можа выклікаць разьвіцьцё цыстыту, ня гледзячы на ўсе меры перасьцярогі.

З усяго апісанага ясна відаць, што догляд у пасьляопэрацыйным пэрыодзе таксама, як і падрыхтоўка хворай да опэрацыі, патрабуе асаблівай увагі з боку мэдпэрсаналу, якому даручана назіраньне за опэраванымі хворымі. Няўважлівыя адносіны, неахайная ўборка і нездавальняючы догляд хворых можа выклікаць розныя ускладненьні, да кароткага апісаньня якіх мы і пераходзім.

2. Ускладненьні ў пасьляопэрацыйным пэрыодзе. Бронхіт і пнэўмонія. Гэтыя ускладненьні назіраюцца ў паджылых жанчын і ў жанчын, у якіх да опэрацыі былі захворваньні дыхальных шляхоў. Іх разьвіцьцю садзейнічаюць наркоз, асабліва эфірны, і ахалоджаньне ў часе опэрацыі. На падставе гэтага, пры наяўнасьці небясьпекі ў сэнсэ ускладненьняў в боку лёгкіх, неабходна хворую, пачынаючы з другога дня пасьля опэрацыі, часьцей пераварочваць на бок. Каб унікнуць ахалоджваньня хворай у часе опэрацыі опэрацыйная павінна быць дастаткова нагрэта.

Пры выяўленьне прызнакаў бронхіту або пнэўмоніі, неабходна прыняць адпаведныя меры супроць распаўсюджваньня процэсу (сухія банкі, компрэсы, адхарквальныя і сардэчныя сродкі).

Крывяцячэньні. Пры зьяўленьні прызнакаў унутранага крывяцячэньня (зьбяленьне, пачашчэньне пульсу, абмленьне, пазяханьне, ваніты) неабходна адшукаць крывяточачую судзіну і перавязаць яе. Пасьля спыненьня крывацячэньня трэба ўжыць усе меры, якімі карыстаюцца супроць вострага малакроўя, а іменна: нізкае палажэньне галавы і ўзвышанае палажэньне канцавін, гарачыя компрэсы на вобласьць сэрца і на галаву, падскурныя ін'екцыі ўзбуджальных сродкаў, унутрывэннае ўліваньне фізыолёгічнага раствору або ўвядзеньне гэтага раствору пад скуру ці праз прамую кішку. Часамі прыходзіцца даваць хворай удыхаць кісларод.

Пры парэнхіматозным крывацячэньні дастаткова затампонаваць крывяточачае месца.

Непраходнасьць кішок. Да рэдкіх ускладненьняў адносіцца непраходнасьць кішок. Яна ўзьнікае паступова з прычыны ўтварэньньня зрашчэньняў і перагібу кішкі або з прычыны ціску на яе ўшчыльненага эксудату ці з прычыны інвагінацыі пятлі кішкі. Сымптомы непраходнасьці: значнае павялічэньне аб'ёму жывата, колкападобныя болі, сухі язык, задышка, ваніты з пахам калу, пачашчаны і слабы пульс.

Лячэньне рознае, у залежнасьці ад прычыны і формы непраходнасьці.

Успаленьне брушыны (*пэрытоніт*). Разьліты пэрытоніт зьяўляецца самым грозным ускладненьнем пасьля гінэколёгічных опэрацый. Ён узьнікае ад незахоўваньня ўсіх мер перасьцярог у часе опэрацыі, калі, напрыклад, брушная поласьць не ачышчаецца ад крыві і іншых выдкасьцяй і яшчэ часьцей, калі ў часе опэрацыі ў брушную поласьць трапляе сакрэт труб, маціцы і похвы. Непраходнасьць кішок таксама зьяўляецца частай прычынай пэрытоніту. Разьліты пэрытоніту большасьці выпадкаў канчаецца сьмерцю (падрабязна аб гэтым гл. „Сэптычныя захворваньні").

Разыходжаньне краёў раны. Расстройствы ў загаеньні скурнай раны бываюць рознай ступені. У вельмі рэдкіх выпадках, пасьля зьняцьця павярхоўных швоў або скобак выяўляецца поўнае разыходжаньне брушной сьценкі на ўсім працяжэньні раны, часта з выпаданьнем кішочных петляў. Пры такім ускладненьні неабходна пакласьці скразныя швы праз усю тоўшчу брушной сьценкі. Загаеньне ў вобласьці ідзе гладка, але бываюць выпадкі разьвіцьця разьлітага пэрытоніту.

Разыходжаньне краёў брушной раны можа аказацца толькі павярхоўным і выклікаецца яго нагнаеньнем паверхневых швоў. Такая рана лечыцца па правілах лячэньня адкрытых ран.

Часамі зрашчэньня не адбываецца толькі на невялікім вучастку або толькі паасобныя швы не загойваюцца. Гэта звычайна бывае пры наяўнасьці гною ў падскурнай клеткавіне, які час ад часу прасочваецца праз рану. Накладаньне саграваньнага компрэсу вядзе звычайна да разьмякчэньня і ўскрыцьця падскурнага абсцэсу, а далейшы догляд за ранай вядзе да загойваньня.

Тромбы і эмболія. Параўнальна рэдка назіраецца закаркоўваньне бядровых і тазавых вэн у пасьляопэрацыйным пэрыодзе—т р о м б о з—і яшчэ радзей адрываньне кавалачкаў тромбу і закаркоўваньне імі важных судзін, як лёгачнай артэрыі і яе галінак—э м б о л і я.

Тромбы разьвіваюцца з прычыны аслабленьня сардэчнай дзейнасьці і замаруджаньня крывянога цёку пад уплывам наркозу або вялікай страты крыві. Часьцей за ўсё назіраюцца тромбы бядровай вэны (асабліва левай). Асэптычны тромбофлебіт звычайна працякае пры нармальнай або субфэбрыльнай тэмпэратуры. У верхняй частцы бядра зьяўляецца ацёк, які можа пашы-

рыцца на ўсю канцавіну. Зьяўляюцца даволі моцныя болі. Лячэньне заключаецца перш за ўсё ў абсолютным спакоі хворай, у прыпаднятым палажэньні нагі і ў вільготных ахутваньнях яе компрэсамі з буравай вадкасьці. Для спыненьня болю прызначаюцца ўпырскваньні морфію. Некаторыя з посьпехам карыстаюцца сьветлавымі ваннамі. У ложку хворая звычайна застаецца да шасьці тыдняў і больш, але ацёк звычайна трымаецца вельмі доўга, часамі на працягу многіх год.

Пры неспакойным палажэньні хворай кавалачкі тромбу могуць адарвацца, крывяным цёкам занесьціся ў адну з важных для жыцьця судзін і закаркаваць яе, або адну з яе галін. Звычайна такі эмболь трапляе ў лёгачную артэрыю і можа выклікаць раптоўную сьмерць. Пры эмболіі галінкі лёгачнай артэрыі ў тым або іншым лёгкім утвараецца інфаркт, які суправаждаецца кашлем, выдзяленьнем крывянога харкавіньня і болямі ў грудзёх.

З гэтага вынікае, што хворыя з аслабленай сардэчнай дзейнасьцю або пасьля вялікай крывястраты павінны ў пасьляопэрацыйным пэрыодзе знаходзіцца ў поўным спакоі і асабліва пры зьяўленьні першых прызнакаў тромболефбіту...

Назіраюцца таксама і сэптычныя тромбозы і эмболі, калі опэрацыя ускладняецца інфэкцыйна-гнойным процэсам, які ў сваю чаргу пашыраецца на тазавыя і бядровыя вэны.

Пролежні (Decubitus). Пролежнямі называюцца гангрэнозныя язвы, якія зьяўляюцца на скурным пакрыцьці, падлягаючым працягламу ціску. Пасьля гінэколёгічных опэрацый пролежні разьвіваюцца ў цяжкіх хворых, зьнясіленых і малакроўных, якія доўгі час ляжаць на сьпіне. З прычыны таго, што пры гэтым палажэньні падпадаюць ціску больш за ўсё сьпіна, крыж і ягадзіцы, то язвы зьяўляюцца на гэтых мясцох. Пры ўтварэньні пролежняў адыгрывае ролю ня толькі ціск на тканкі, але і неахайнае ўтрыманьне хворай у ложку, змочваньне скуры мачою і вадкасьцямі пры ўборцы хворай і дрэннае высушваньне пасьля ўборкі.

Утварэньне язвы пачынаецца з пачырваненьня скуры, якая потым сінее і нават чарнее, зьмярцьвелая тканка, маючая гнілотны пах, адпадае і ўтвараецца глыбокая язва. Пры далейшым цячэньні процэсу, калі ня прымаюцца меры для спыненьня яго, распад ідзе далей і хворая можа памерці ад сэпсысу.

У адносінах пролежняў вялізарную ролю адыгрывае **профіляктыка**, якая дае надвычайна добрыя вынікі. Перш за ўсё

пакладзеная просьціна, подсьцілка і цырата павінна ляжаць гладка, бяз складак; такім-жа чынам павінна ляжаць і кашуля на хворай. Трэба старанна выдаляць з ложку рэшткі сухой ежы, якія зьбіраюцца там ва ўглыбленьні, што ўтвараецца пад ягадзіцамі. Хворую трэба часьцей паварочваць на той і другі бок, каб паслабіць ціск на найбольш награвяемыя месцы. Пасьля апаражненьня кішочніка і мачавыпусканьня абмываюць ягадзіцы халоднаю вадою і абсушваюць. Подсьцілка павінна быць заўсёды сухою. Для зьмяншэньня ціску на тканкі падкладваюць гумовы круг або валік. Каб выявіць першыя прызнакі, якія ўказваюць на ўтварэньне пролежняў, урач і даглядаючы пэрсонал павінны ў зьнясіленых хворых штодзённа па некалькі раз аглядаць сьпіну, крыж, ягадзіцы і хвасток. Пры строгім выкананьні гэтых правіл амаль заўсёды ўдаецца папярэдзіць разьвіцьцё пролежняў.

Калі, ня гледзячы на ўсе гэтыя меры, усё-ж на скуры зьяўляюцца сьляды пачырваненьня, то неабходна пачырванеўшыя вучасткі скуры расьцерці камфорным сьпіртам, пахучым воцатам або чыстым 60° сьпіртам.

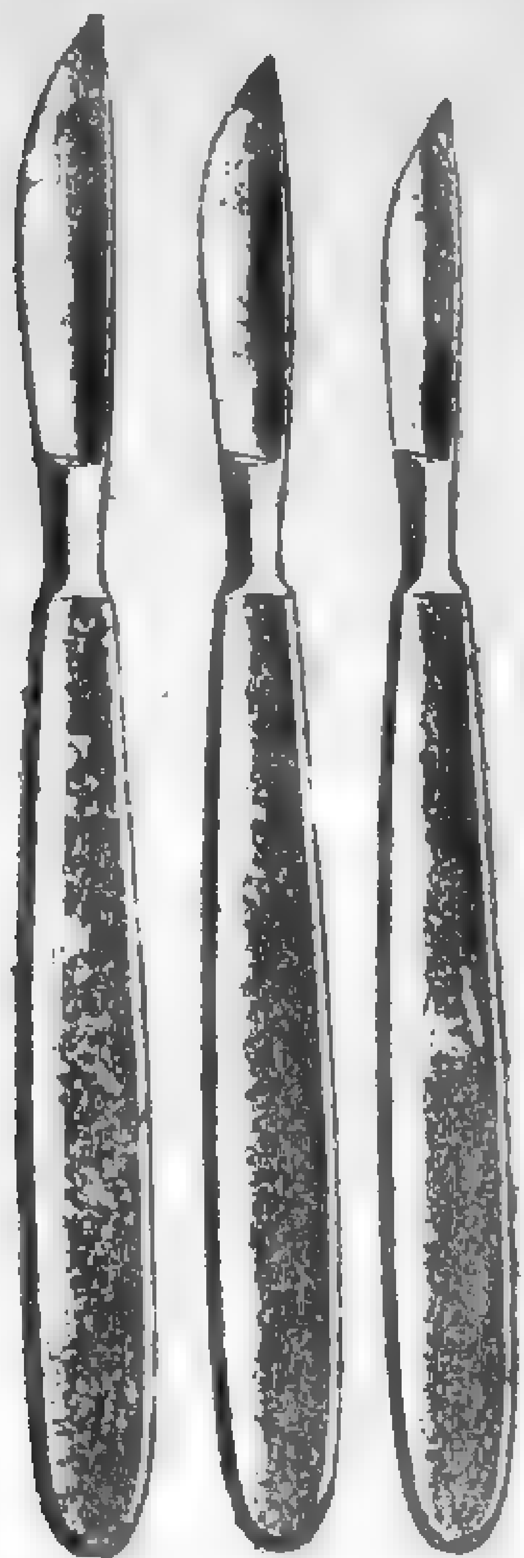
Калі тым ня менш пролежні ўтварыліся або іх знаходзяць ужо гатовымі ў хворых, якія не карысталіся бальнічнаю дапамогаю, то лячэньне зводзіцца да абціраньня краёў язвы тымі-ж сродкамі або растворам марганцава-кіслага калію, у высушваньні язваў і накладваньні на іх павязкі з ксэроформеннай або цынкавай мазьзю або мазьзю з гарбоўна-кіслага сьвінцу (можна проста з аптэкі выпісаць Unguentum ad decubitum).

V. ГІНЭКОЛЁГІЧНЫ ІНСТРУМЭНТАРЫЙ

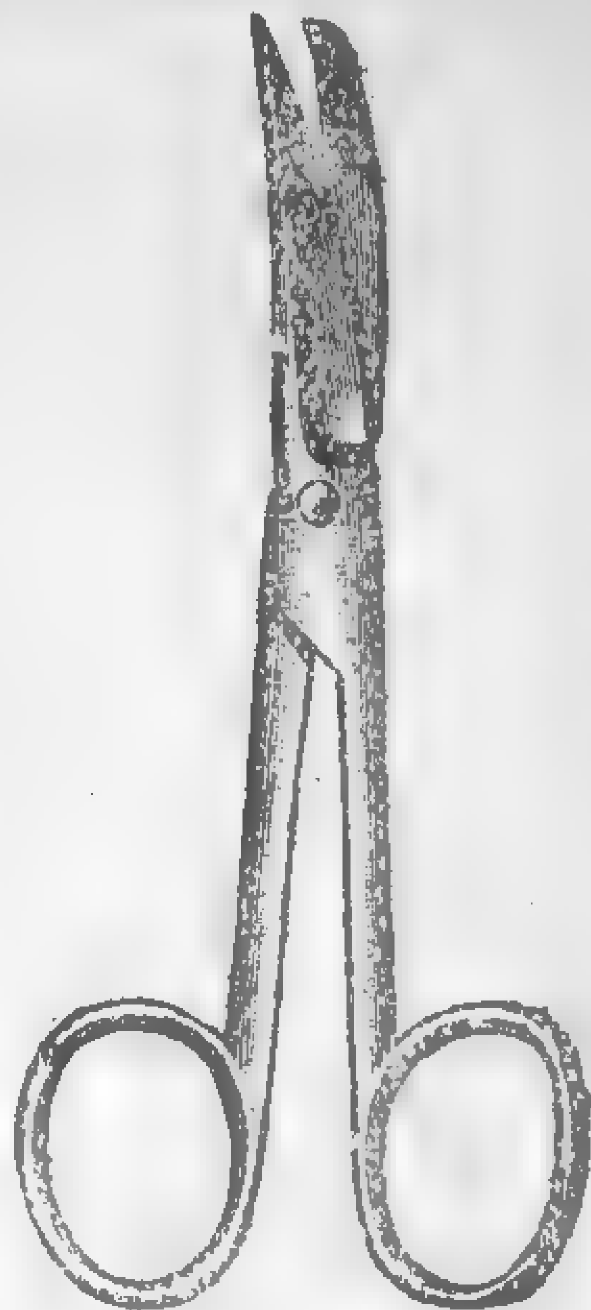
Ад акушэркі і мэдычнай сястры, працуючых у гінэколёгічных лэкавых установах, патрабуецца грунтоўнае знаёмства з правіламі асэптыкі і антысэптыкі і ўменьне абыходзіцца з інструмантамі і з апаратамі, неабходнымі для опэрацыйных і лекавых мэт. У дапамогу сябе яны павінны падрыхтаваць у гэтых адносінах і малодшы пэрсонал, навучыць санітарак і санітараў, каб зрабіць іх сваімі сьвядомымі памочнікамі.

Акушэрка і мэдычная сястра павінна аўладаць ведамі ня толькі па доглядзе за пасьляопэрацыйнымі хворымі, але і ўменьнем быць па очніцамі пры опэрацыі ў якасьці опэрацыйнай сястры ці ў якасьці наркотызатара, або ў якасьці памочніцы хірурга пры опэрацыйным стале. Таму яны павінны ведаць, якія

інструманты трэба падрыхтаваць для той або іншай опэрацыі, які інструмант і калі трэба падаваць у час опэрацыі. Яны павінны быць добра знаёмы з тэхнікай наркозу і з ўсімі мерапрыемствамі, якія пэтрабуюцца пры аскладненьнях у часе наркозу. Прымаючы ўдзел у опэрацыі ў якасьці памочніцы хірурга, мэд. сястра і акушэрка павінны ведаць, як трымаць патрэбны інструмант (люстэркі, кручкі, пінцэты, як накладваць зацiскальнік на крываточачую судзіну, як перавязаць судзіну і да т. п.



Мал. 51. Скальпэль.



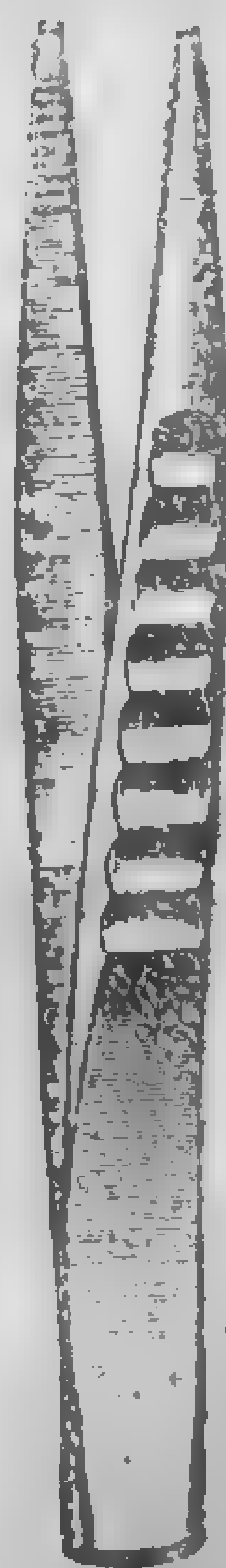
Мал. 52. Нажніцы Купэра.

Зразумела, што акушэрка павінна ведаць усе інструманты, якімі карыстаюцца пры гінэколёгічных опэрацыях, ведаць іх канструкцыю і прызначэньне кожнага з іх. Лепш за ўсё, вядома, азнаёміцца з імі наглядна, у часе практычных заняткаў, а таму мы тут даем толькі кароткае пералічэньне важнейшых з іх.

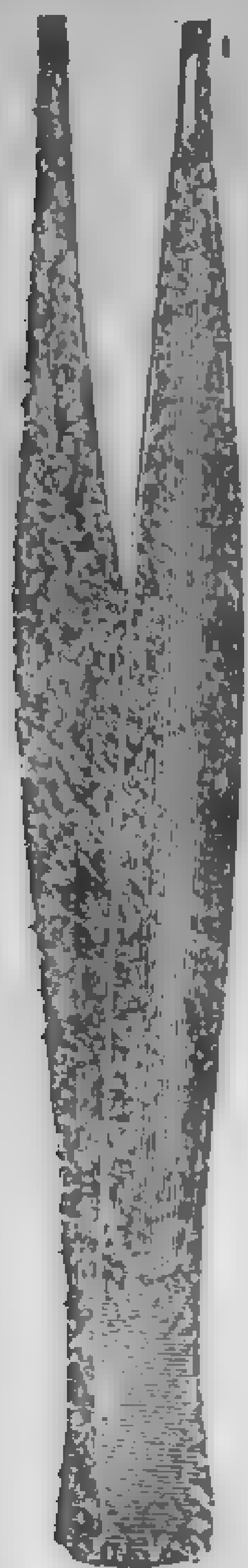
Пры гінэколёгічных опэрацыях ужываюцца агульна-хірургічныя і спэцыяльна-гінэколэгічныя інструманты. Да першых адносяцца **скальпэлі** рознай формы (мал. 51), **нажніцы** прамыя, увагнутыя па плоскасьці (Купэраўскія) і па рабры (мал. 52) (Кохераўскія) (мал. 53), **пінцэты** анатомічныя (мал. 54) хірургічаныя з зубчыкамі (мал. 55), лапчастыя, кароткія і доўгія, **зацiскальнікі** Кохера і Пэ(тна (мал. 56 і 57), **іголкатрымальнікі** розных модэляй мал. 58, 59), хірургічныя **іголкі**



Мал. 53. Нажніцы Кохера.



Мал. 54. Анатомічны пінцт.

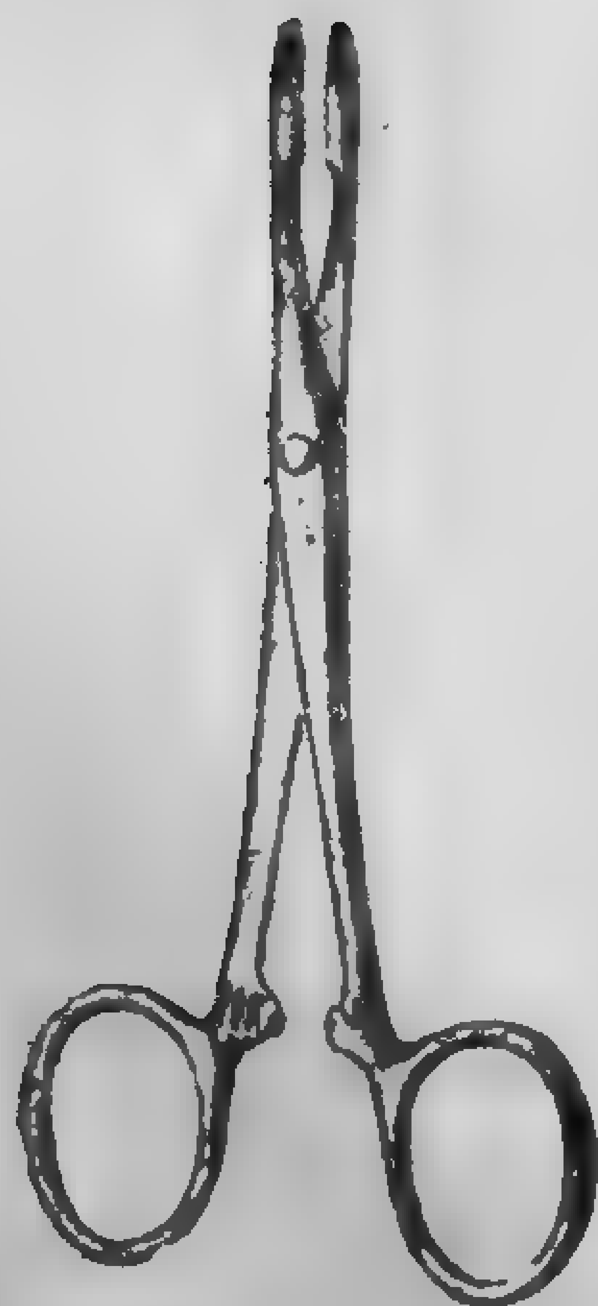


Мал. 55.
Хірургічны
пінцэт.

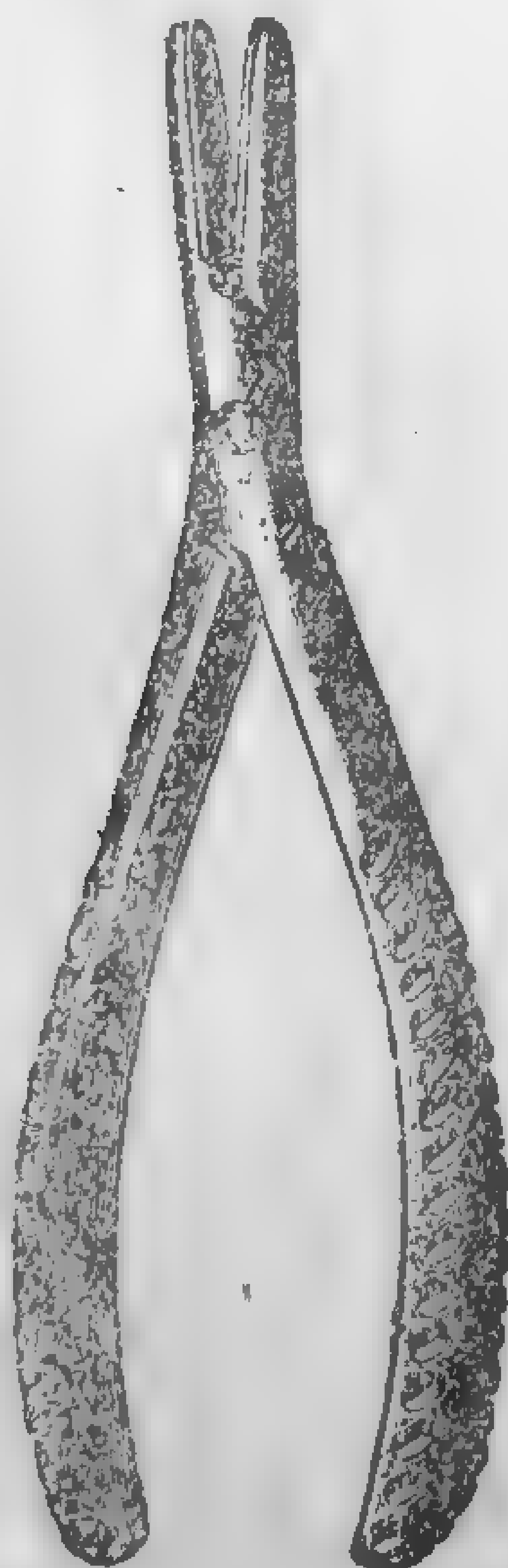




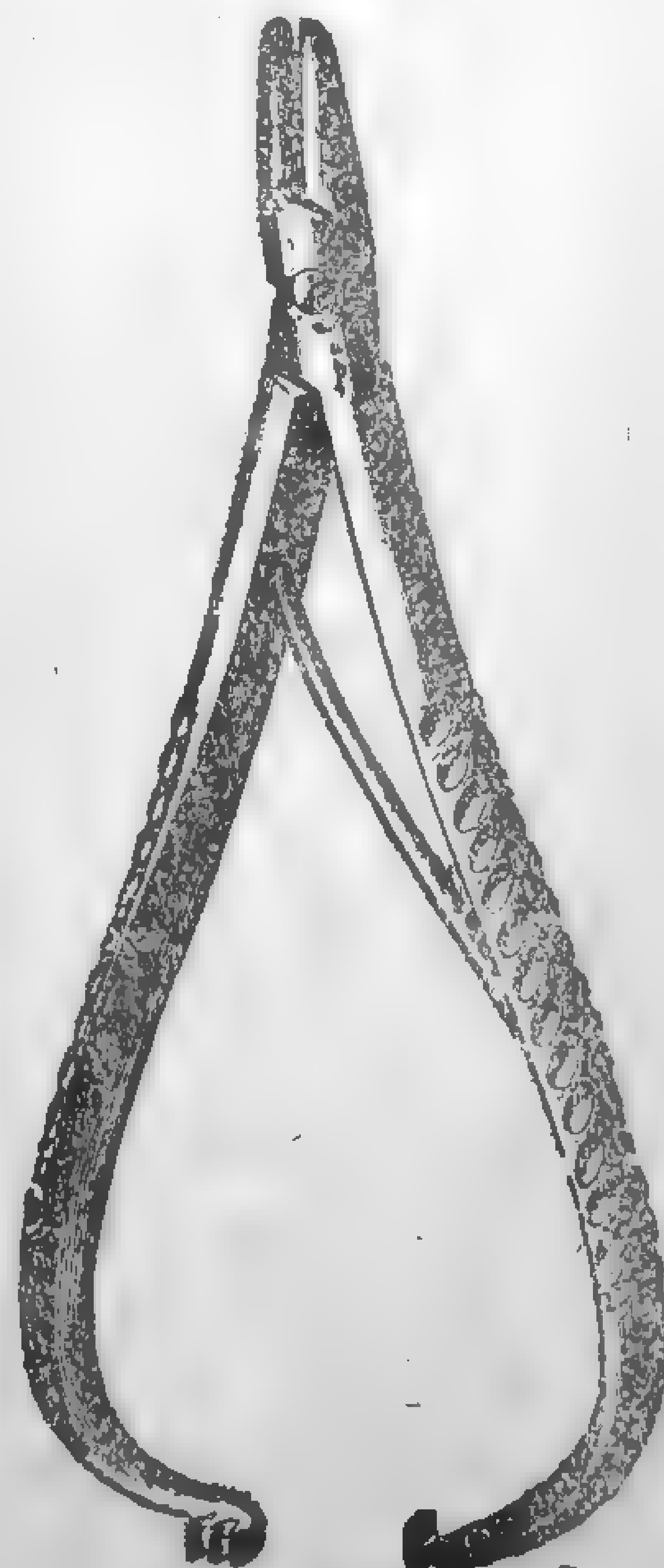
Мал. 56. Заціскальнікі Кохера.



Мал. 57.
Заціскальнікі Пэана.



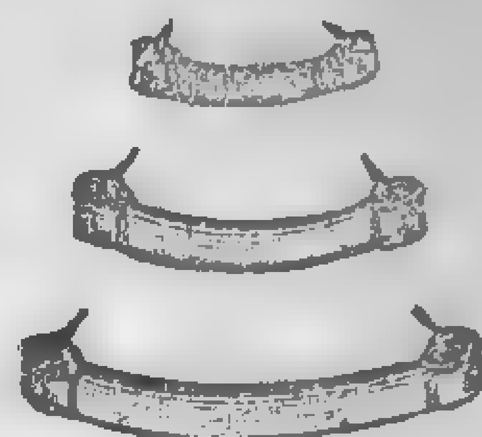
Мал. 58.
Іголкатрымальнік Отта.



Мал. 59.
Іголкатрымальнік Рэйнэрта.

рознай велічыні і таўшчыні (мал. 60) і інш. Матэрыялам для швоў служыць **кетгут**, **шоўк**, **дрот**, **сільkворм** і **звычайныя баваўняныя ніткі**. Кетгут зручны тым, што рассасваецца, але ён патрабуе старанпай падрыхтоўкі.

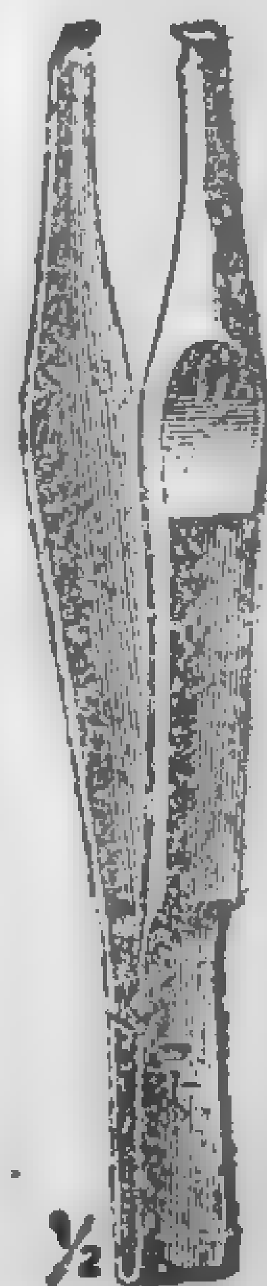
Швы ў гінэколёгіі ўжываюцца вузлавыя і бесьперапынныя. Замест накладваньня швоў з таго або іншага матэрыялу для злучэньня краёў раны ўжываюцца яшчэ скобкі Мішэля, зробленыя з мэталю, яны накладваюцца пры дапамозе асобнага пінцэта (мал. 61 і 62).



Мал. 61. Скобкі Мішэля.



Мал. 60. Хірургічныя іголкі.



Мал. 62. Пінцэт для скобак.

Для спэцыяльных гінэколёгічных інструмантаў належаць, па-першае, тыя, якія былі апісаны ў аддзеле аб інструмантальным дасьледваньні і якія служаць для дасьледваньня полавага апарату, а іменна: **лыжкападобныя люстэркі**, **пад'ёмнікі**, **кулевыя абцугі**, **зонды**, **корнцанг** і т. д. У гінэколёгічны інструмантарый, па-другое, уваходзяць тыя інструманты, якія неабходны для похвавых опэрацый, для вы-

скрабленьня поласьці маціцы і для ляпаротоміі (чэравасячэньня). Сюды таксама належаць троакар для ўскрыцьця тазавых абсцэсаў праз похву (мал. 63), гегары для расшырэньня шыйкі

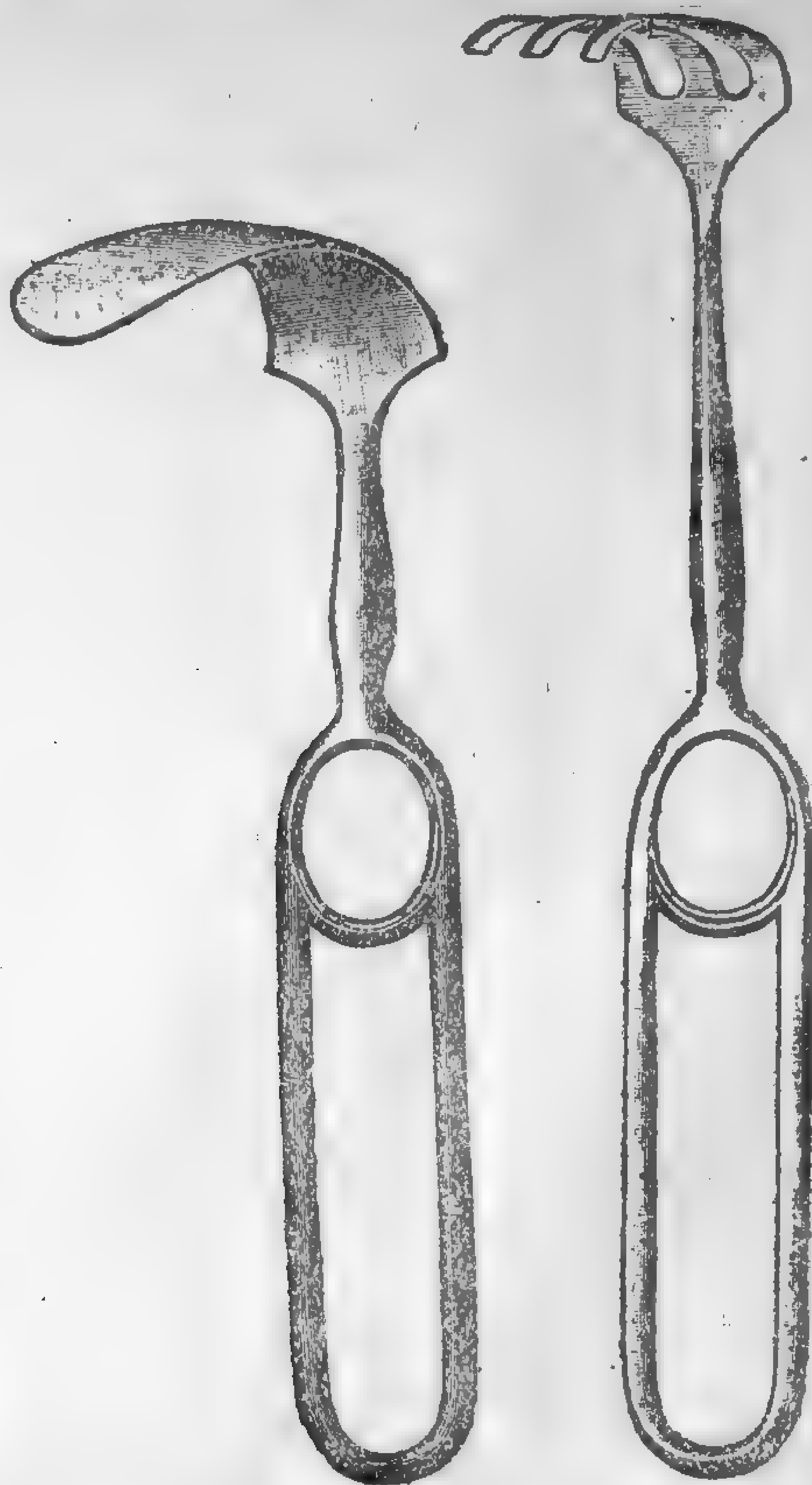


Мал. 63. Троакар.

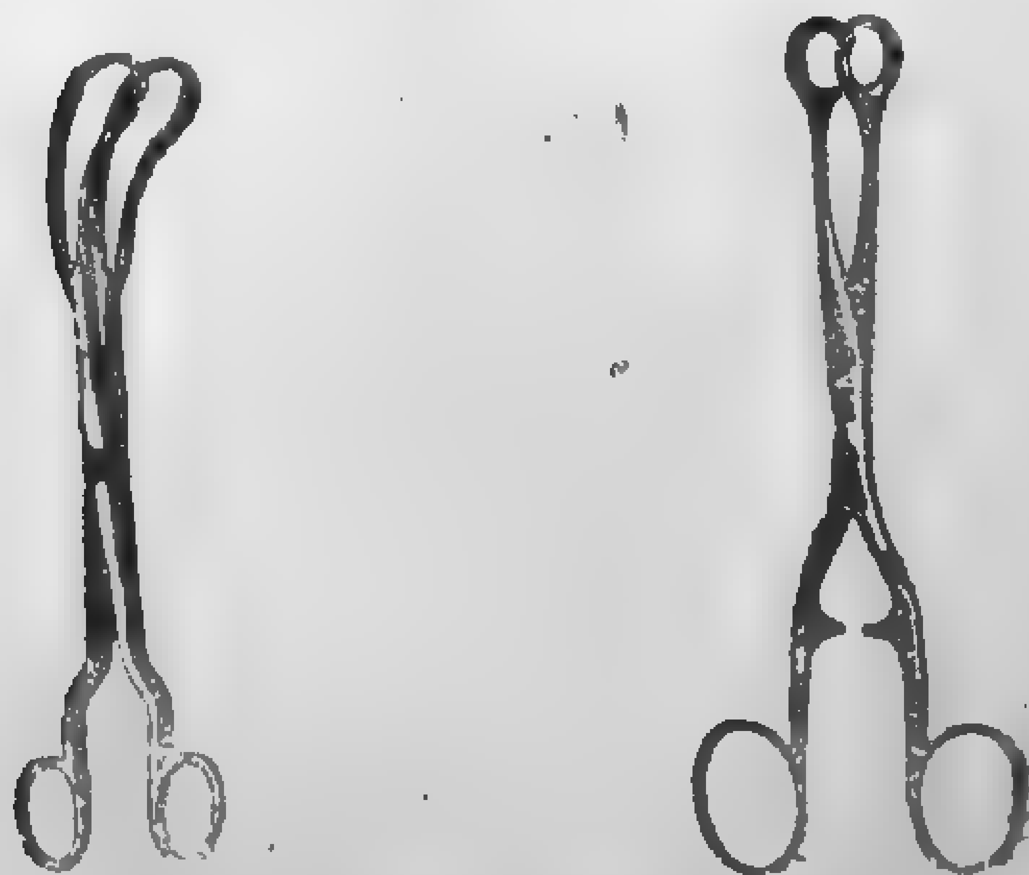
Мал. 64. Вострыя лыжачкі і кюрэткі.

маціцы, вострыя лыжачкі і кюрэткі—вострыя і тупыя (мал. 64), брушное люстэрка, кручкі і расшыральнікі з тупою відэлкаю для рассоўваньня краёў раны пры

чэравасячэньні (мал. 65), вокнападобныя а́бцугі для захопліваньня пухлін яечнікаў (мал. 66 і 66-а), **штопар** для фіксаваньня



Мал. 65. Брушное люстэрка і кручок



Мал. 66 і 66-а. Шчыпцы для захопліваньня пухлін яечніка.

шчыльных аб'ёмістых фіброміом (мал. 67), клемы для зацісканьня цэлага крывяточачага вучастку (мал. 68 і 68а) і інш.



Мал. 67. Штопар для фіксаваньня фіброміом.





Мал. 68 і 68а. Клемы.

РАЗЬДЗЕЛ ШОСТЫ

ОПЭРАЦЫЙНЫЯ ЎМЯШАНЬНІ

1. Плястыка прамежжа і похвы. Разрывы прамежжа і похвы ў часе родаў служаць, як вядома, адной з прычын апусканьня і выпаданьня похвы і маціцы. Для папярэджаньня гэтай патолёгічнай зьявы такія сьвежыя разрывы павінны быць зашыты на працягу першых 6—12 гадзін пасьля родаў, што дасягаецца простым накладаньнем швоў. Калі-ж разарванае прамежжа не было зашыта, або накладзеныя швы разышліся, то такі стары разрыў патрабуе больш складанага опэрацыйнага ўмяшаньня. Опэрацыя тады заключаецца ў асьвяжэньні месца разрыву шляхам вырэзваньня адпаведнага шматка і ў злучэньні краёў асьвежанага шматка шляхам накладаньня швоў. Для аднаўленьня прамежжа (пэрынэоплястыка) прапанована шмат способаў, і амаль кожны хірург карыстаецца сваім способам. Пры наяўнасьці выпаданьня пярэдняй або задняй сьценкі похвы адсэпароўваецца шматок у форме овалу і затым накладваюцца швы (кольпорафія). Пры неабходнасьці зрабіць плястыку прамежжа і похвы, пачынаюць з плястыкі апошняй.

Падрыхтоўка да опэрацыі звычайная, як і для іншых похвавых опэрацый (гл. вышэй). Інструманты павінны быць падрыхтаваны наступныя: лыжкападобнае люстэрка, пад'ёмнікі, скальпэль, нажніцы, пінцэты, кулевыя абцугі, заціскальнікі, іголкатрымальнік, іголкі і матэрыял для швоў.

У пасьляопэрацыйным пэрыодзе неабходна сачыць за правільнымі апаражненьнямі мачавога пузыра. Хворая застаецца ў пасьцелі 10—12 дзён. Пры выпісцы на 14-ты дзень неабходна ўказаць хворай, што на працягу месячнага тэрміну яна зьяўляецца непрацаздольнай і што дачасовая цяжкая работа можа зьявіцца прычынай разыходжаньня швоў.

2. Расьсячэньне шыйкі маціцы (дысцызія). Дысцызыя ўжываецца ў выпадках звужэньня каналу шыйкі маціцы пры конічнай форме яе. Пасьля звычайнай падрыхтоўкі хворай і дэзынфэкцыі похвы, адкрытай люстэркам і пад'ёмнікам, шыйка захопліваецца з абодвых бакоў кулевымі абцугамі, у расшыраны гегарамі канал шыйкі ўводзіцца скальпэль, якім расьсякаецца задняя сьценка шыйкі і, каб разрэз не зарос, сьлізьніца шыйнага каналу прышываецца да сьлізьніцы похвавай часткі. Некаторыя гінэколёгі высякаюць клінападобныя кавалачкі з тоўшчы шыйкі. Каб перашкодзіць зарастаньню разрэза, некаторыя, замест зашываньня сьлізьніц, укладваюць паміж краямі раны невялікую палоску ёдаформнай марлі, якую штодзённа мяняюць.

Для ўказанай опэрацыі неабходна падрыхтаваць наступныя інструманты: лыжкападобнае люстэрка, пад'ёмнік, двое кулевых абцугоў, расшыральнікі Гегара, скальпэль, іголкатрымальнік, іголкі і шоўк або кетгут.

3. Ампутацыя шыйкі маціцы. Гэта опэрацыя робіцца пры мэтрыце, гіпэртрофіі шыйкі, з эрозіямі на ёй, і пры баковых надрывах яе з утвареньнем вывароту сьлізевай абалонкі цэрвікальнага каналу.

Робіцца опэрацыя наступным чынам: пасьля звычайнай падрыхтоўкі і агаленьня шыйкі пярэднія і заднія губы захопліваюцца кулевымі абцугамі і рассоўваюцца, скальпэлем расьсякаюцца бакавыя сьценкі каналу на пажаданую глыбіню, а потым спачатку з задняй, а затым з пярэдняй губы вырэзваецца клін трохвугольнай формы, абернуты верхавінай кверху і на адну і другую губу накладваюцца вузлаватыя швы, якія злучаюць сьлізьніцу цэрвікальнага каналу са сьлізьніцай похвавай часткі. Інструмантары той-жа, што і для папярэдняй опэрацыі.

4. Выдаленьне мацічных поліпаў. Сьлізьнічны поліп, які выходзіць са сьлізьніцы маціцы, захопліваецца корнцангам, якім ён пасьля гэтага і адкручваецца. Такім-жа чынам выдаляюць і невялікі фіброзны поліп, які тырчыць з шыйкі маціцы на ножцы. Рэшта ножкі або прыпальваецца ёдам, або выскабліваецца вострай лыжачкай, часамі-ж прыходзіцца абшыць астаўшуюся ножку пухліны.

Выдаленьне поліпаў, якія выходзяць з поласьці маціцы і нараджаюцца ў похве, больш складана; часамі можа зьявіцца патрэба ў поўным выдаленьні маціцы.

Падрыхтоўка інструмантарыю і пасьляопэрацыйны догляд залежыць ад опэрацыйнага мэтоду.

5. Выскабленьне поласьці маціцы (Abrasio). Самым частым паказаньнем да опэрацыі выскабленьня зьяўляецца няпоўны выкідак, г. зн. тыя выпадкі, калі пасьля адвольнага або штучнага выкідку засталіся часткі плоднага яйца. Далей выскабленьне робіцца з мэтаю перапыненьня цяжарнасьці да трох месяцаў. Іншымі паказаньнямі да гэтай опэрацыі служаць маційныя крывяцячэньні, абумоўленыя захворваньнем сьлізевай абалонкі маціцы, і пляцэнтарныя поліпы. Урэшце, выскабленьне робіцца з дыягностычнай мэтай, а іменна: калі ўзьнікае падазронасьць на наяўнасьць злаякаснага процэсу ў поласьці маціцы.

Падрыхтоўка хворай: напярэдадні опэрацыі хворая прымае цёплую мыльную ванну або душ і лёгкае разваліняючае (ангельскую горкую соль, каскара і да т. п.). Раніцою ў дзень опэрацыі ачышчаюць кішочнік мыльнай клізмай, згаляюць валасы на лабку і знадворных полавых частках. Перад самай опэрацыяй хворай надзяюць стэрыльныя панчохі і катэтэрам апаражняюць мачавы пузыр. Тут-жа на гінэколёгічным стале неабходна комбінаваным дасьледваньнем праверыць палажэньне маціцы, а ў выпадку ўтварэньня аборту, таксама велічыню яе і тэрмін цяжарнасьці. Потым знадворныя полавыя органы і ўнутраныя паверхні бёдраў абмываюцца мылам з дапамогаю двух пальцаў, абверчаных марляй або ватай, і похва праспрынцоўваецца растворам лізоформу (½ %) або сулемы (1 : 2000). Некаторыя замест мыцьця і спрынцаваньня похвы праціраюць яе праз люстэрка сьпіртам і потым змазваюць ёдам, пачынаючы са зводаў і паступова выцягваючы люстэрка.

Тэхніка. Звычайна з дапамогаю люстэрка і пад'ёмніку адкрываецца похвавая частка і праціраецца сьпіртам; пярэдняя і задняя губы захопліваюцца кулёвымі абцугамі і пад'ёмнік здымаецца. Цэрвікальны канал праціраецца зондам Плейфэра з наверчанай на яго ватай, змочанай растворам соды для ачышчэньня ад сьлізу. Маційным зондам асьцярожна, бяз насільля правяраецца напрамак і даўжыня поласьці маціцы. Потым адзін за адным уводзяцца расшыральнікі Гегара, пачынаючы з таго нумару, які праходзіць і канчаючы такім, пасьля выдаленьня якога можна было-б увесьці лыжачку або корнцанг. Звычайна даволі дайсьці да № 12. Пры ўвядзеньні расшыральнікаў неабходна ўнікаць насільля, асабліва пры правядзеньні іх праз унутраны зеў, бо ў

гэтай вобласьці магчымы прабадзеньні сьценкі маціцы. Калі які-небудзь нумар расшыральнікаў не праходзіць праз унутраны зёў, то неабходна зноў увесьці папярэдні нумар і пакінуць яго на некаторы час у цэрвікальным канале, пасьля чаго далейшае расшырэньне значна палягчаецца. Таксама значна палягчаецца ўвядзеньне расшыральніка, калі папярэдне змочваць яго растворам лізоформу, які робіць яго сьлізкім.

Расшырыўшы шыйку да патрэбнай шырыні, уводзяць у маціцу вострую кюрэтку або лыжачку і асьцярожна даводзяць яе да дна маціцы, потым саскаблiваючымі рухамі кюрэтку пераводзяць па пярэдняй сьценцы маціцы і ёю-ж выводзяць вонкі саскобленыя частачкі сьлізьніцы, пасьля чаго яе зноў уводзяць у поласьць маціцы і саскабліваюць заднюю сьценку і астатнія вучасткі. Выскабліваньне сьлізьніцы лічыцца скончаным, калі пры рухах кюрэткі па сьценках маціцы атрымліваецца адчуваньне хрусту, якое ўказвае, што кюрэтка праходзіць ужо па цяглічным пласьце. Такое выскабленьне робіцца з дыягностычнай і—яшчэ часьцей—з лекаваю мэтаю.

Пры аборце, калі трэба выдаліць плоднае яйцо, або калі пры няпоўным аборце прыходзіцца выдаліць рэшткі яго, некаторыя ўрачы карыстаюцца корнцангам, жадаючы захапіць ім часткі плоднага яйца для выдаленьня іх з поласьці маціцы. Але трэба памятаць, што корнцаг нават у руках вопытнага ўрача ў такіх выпадках—інструмант вельмі небясьпечны. Пры найменшай неасьцярожнасьці ім замест часткі плоднага яйца можна захапіць сьценку маціцы і нанесьці ёй цяжкае пашкоджаньне. Ня раз ужо здаралася, што корнцангам пэрфаравалі цяжарную маціцу і ім захаплівалі выпаўшую ў зробленую адтуліну пятлю кішак або сальнік і выцягвалі іх вонкі. Корнцангам можна карыстацца толькі ў тым выпадку, калі частка плоднага яйца паказваецца ў знадворным зёве шыйкі і яна не выпіхваецца і не выдаляецца кюрэткай. Карацей кажучы, корнцангам можна выдаліць толькі даступныя зроку, ясна бачныя часткі яйца, а муніпуляваць ім у поласьці маціцы вельмі небясьпечна.

У часе выскабленьня цяжарнай маціцы часта бывая вялікае крывяцячэньне і гэта ўказвае на тое, што апаражненьне маціцы не даведзена да канца і што ў ёй ёсьць яшчэ рэшткі яйца. Толькі пэўнае спыненьне крывяцячэньня, выклікаемае скарачэньнямі мацічнай мускулатуры, і зьмяншэньне поласьці маціцы сьведчаць аб яе апаражненьні.

Пасьля сканчэньня выскабленьня, зробленага з дыягностычнаю або лекаваю мэтаю, дастаткова працерці поласьць маціцы зондам Плейфэра, на які наверчваецца вата, змочаная ёднай настойкай, а пасьля ўтворанага аборту рацыянальней корнцангам або доўгім анатомічным пінцэтам увесьці ў поласьць маціцы палоску марлі з ёдам, пакінуць на адну-дзьве мінуты, і потым выдаліць. У выпадках-жа значнага крывяцячэньня палоска гэта пакідаецца ў маціцы на некалькі гадзін і больш і пры гэтым ня лішняе затампонаваць похву вялікім марлевым тампонам.

Для выскабленьня неабходна нарыхтаваць наступныя інструманты: люстэрка, пад'ёмнік, двое кулевых абцугоў, мацічны зонд, плейфэраўскі зонд, набор расшыральнікаў, некалькі кюрэтак або лыжак розных разьмераў і доўгі анатомічны пінцэт.

З прычыны таго, што выскабленьне маціцы нельга лічыць бяскроўнай опэрацыяй, а выскабленьне цяжарнай маціцы зьяўляецца вельмі сур'ёзнаю опэрацыяй і вымагае вельмі сур'ёзных адносін нават з боку вопытнага ўрача, то відавочна, што гэта опэрацыя ня можа быць зроблена акушэркаю. Недапушчальна таксама правядзеньне яе амбуляторна. Пасьля выскабленьня хворая павінна на працягу 2—3 дзён заставацца ў ложку. Устаць яна можа пры ўмове нормальнай тэмпэратуры, адсутнасьці крывяцячэньня і боляў.

6. **Опэрацыя Аляксандар-Адамса.** Для выпраўленьня няправільнага палажэньня маціцы існуе некалькі опэрацыйных мэтадаў; да іх належыць опэрацыя Аляксандар-Адамса, якая заключаецца ў пакарачэньні круглых мацічных зьвязак. Апошнія, як нам ужо вядома, ідуць ад вугла маціцы да похвіннага каналу і, праходзячы праз яго, прымацоўваюцца да лабковай косьці. Пакарочваюцца гэтыя зьвязкі такім чынам, што ускрыўшы похвінны канал, праз знадворную адтуліну яго выцягваюць круглую зьвязку да пажаданай даўжыні і некалькімі швамі фіксуюць яе з унутранай паверхні апонэўрозу. Тое-ж самае робіцца і з другога боку. Гэтым шляхам пакарочаныя зьвязкі выводзяць маціцу з задняй дуглясавай прасторы і нахіляюць яе к пераду. Але гэтая опэрацыя магчыма і прыводзіць да мэты толькі ў тым выпадку, калі маціца рухома і ня зрошчана з прылягаючымі да яе органамі. У апошнім выпадку для выпраўленьня няправільнага палажэньня маціцы патрэбна опэрацыя праз брушную поласьць.

3. Брушное чэравасячэньне (ляпаратомія). Для ўтварэньня розных гінэколёгічных опэрацый часта прыходзіцца ўскрываць брушную поласьць і перш за ўсё ў экстраных, неадкладных выпадках, як напрыклад, пры разрыве цяжарнай трубы, пры прабадзеньні маціцы, пры перакручваньні ножкі кісты і да т. п. Затым брушное чэравасячэньне робіцца для выдаленьня маціцы, труб і яечнікаў, паражоных злаякаснымі пухлінамі. Шляхам брушнога чэравасячэньня выдаляюцца і добраякасныя пухліны тых-жа органаў (фіброміомы і кісты). Брушная поласьць ускрываецца яшчэ з мэтаю прышываньня і фіксацыі да брушной сьценкі апушчанай або выпаўшай маціцы. Успаленыя прыдаткі маціцы, якія не паддаюцца консэрватыўнаму лячэньню, неабходна выдаляць тым-жа шляхам.

Вышэй было ўказана, як падрыхтаваць хворую да чэравасячэньня і скуру жывата перад яе разрэзам. Трэба толькі дадаць, што падрыхтаванае опэрацыйнае поле пакрываецца стэрыльнай просьцінай з разрэзам, які адпавядае разрэзу брушной сьценкі, а зьверху і зьнізу (а пры папярэчным разрэзе—па баках) кладзецца па стэрыльным ручніку, якія прымацоўваюцца асобнымі цапкамі.

Пасьля таго, як хворая заснула, ёй падаецца Трэндэленбургскае палажэньне. Робіцца гэта для таго, каб кішочныя петлі адышлі да дыяфрагмы і не перашкаджалі ходу опэрацыі.

Опэрацыя чэравасячэньня падзяляецца на тры моманты: 1) разрэз брушной сьценкі, які звычайна робіцца па сярэдняй лініі, а часамі і ў папярэчным напрамку; 2) работа ў брушной поласьці і 3) за ыван не брушной поласьці. Для ўскрыцьця брушной поласьці патрэбны наступныя інструманты: брушысты скальпэль, крываспыняльныя заціскальнікі Пэана, д а хірургічных пінцэты і нажніцы, сагнутыя па вуглох. Для опэрацыйных умяшаньняў у брушной поласьці неабходны люстэркі для рассоўваньня краёў раны, заціскальнік Кохэра, нажніцы Купэра, лапчастыя пінцэты, іголкатрымальнікі, хірургічныя іголкі і круглыя іголкі (на ўсякі выпадак для кішочнага шову), кетгут і шоўк. Апрача таго, павінны быць падрыхтаваны вялікія марлевыя компрэсы, марлевыя шарыкі. Павінны быць напагатове і іншыя інструманты, як кулевыя абцугі Мюзо, корнцанг, штопар і троакар. У канцы опэрацыі, перад зашываньнем брушной сьценкі хірург павінен уважліва аглядзець брушную поласьць, каб пераканацца, што ў ёй не застаўся компрэс, заціскальнік або іншы

інструмант. Асыстэнт і опэрацыйная сястра павінны весьці дакладны ўлік марлевых компрэсаў і інструмантаў.

Зашываньне брушной поласьці робіцца паслойна. Тут, апрача шоўкавых і кетгутавых швоў, некаторыя ўжываюць яшчэ і дротавыя швы і скобкі Мішэля. Апрача пералічаных інструмантаў у часе ляпаратоміі могуць спатрэбіцца яшчэ і іншыя, але ў такім выпадку опэрацыйная сястра атрымлівае ад ўрача ўказаньне яшчэ перад опэрацыяй.

Аб туалеце брушной раны было сказана вышэй.

8. Похвавое чэравасячэньне. Похвавое чэравосячэньне шмат у чым мае перавагу перад брушным: яно менш небясьпечна ў сэнсе пашырэньня інфэкцыі, яно мае меншы ўплыў на агульны стан хворай і пры ім не ахалоджваецца брушная поласьць. Таму многія гінэколёгі лічылі за лепшае опэраваць похвавым шляхам і нават выдалялі праз похву вялікія пухліны маціцы і яечнікаў. Але тэхніка брушнога чэравасячэньня цяпер настолькі добра распрацавана, што яна па сваіх выніках перавышае похвавае чэравасячэньне і таму большасьць хірургаў-генэколёгаў у сучасны момант опэруюць праз брушную сьценку.

Похвавым шляхам праводзіцца абмежаваны лік опэрацый. Гэтым шляхам ускрываюцца гнойныя эксудаты, якія накапіліся ў задняй Дугласавай прасторы і робяцца некаторыя опэрацыі з прычыны апусканьня і выпаданьня маціцы. Да выдаленьня маціцы брушная поласьць ускрываецца праз пярэдні звод, для ўскрыцьця абцэсу робіцца папярочны разрэз у заднім зводзе, які ў такіх выпадках звычайна бывае выпнутым.

Падрыхтоўка хворай звычайная. Інструмантары ўвогуле такі-ж, які для ляпаротоміі.

РАЗЬДЗЕЛ СЬМЫ

ГІНЭКОЛЁГІЧНЫЯ ЗАХВОРВАНЬНІ

1. ПАРОКІ РАЗЬВІЦЬЦЯ

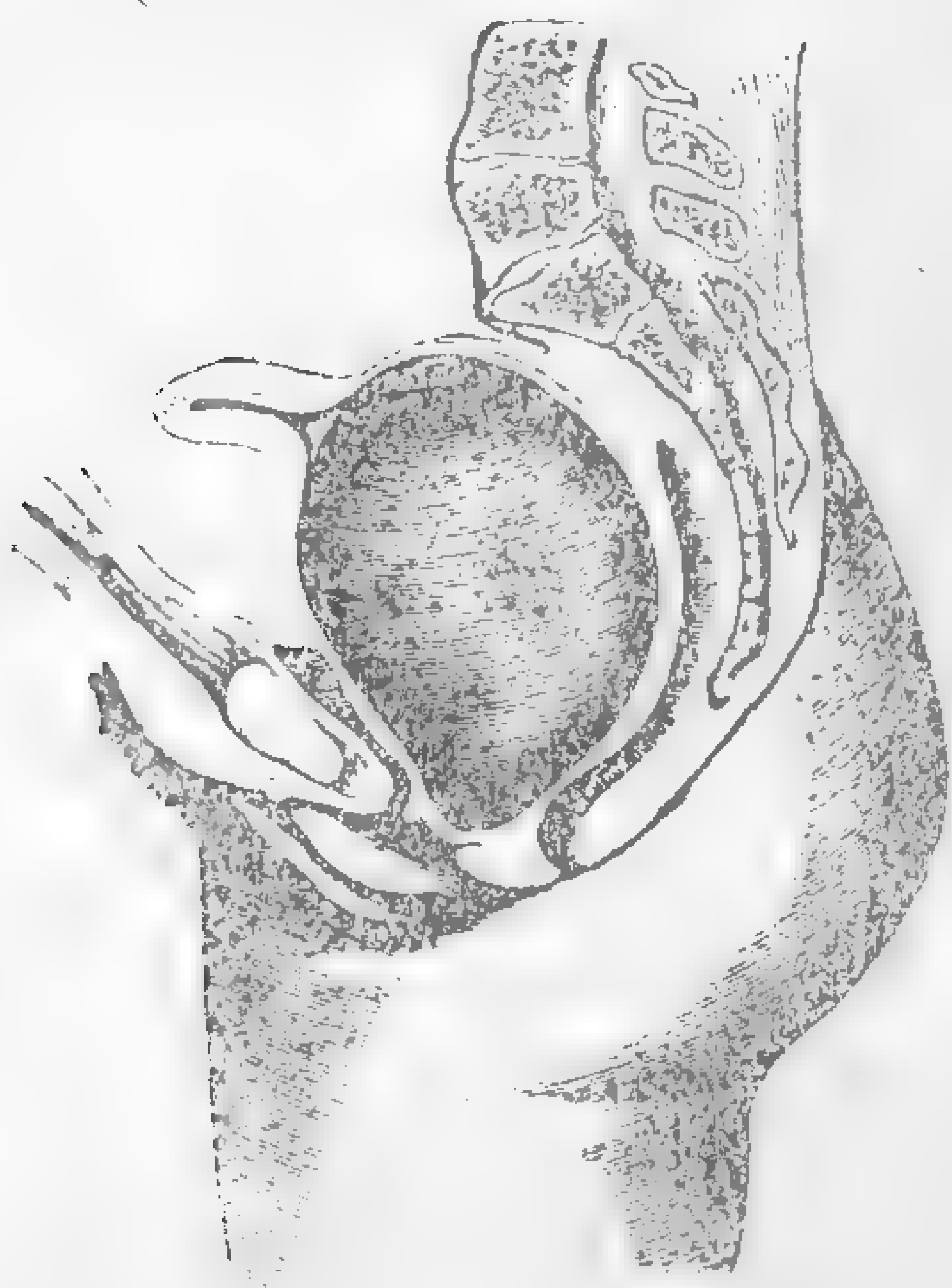
Пад парокамі разьвіцьця полавых органаў мы разумеем такі стан, калі зародкавыя зачаткі іх ва ўнутрычэраўным жыцьці плоду не атрымліваюць дальнейшага нормальнага разьвіцьця з прычыны парушэньня процэсаў зьліцьця і аддзяленьня, або з прычыны перанесеных зародкам успаляльных процэсаў, у выніку якіх органы прымаюць выродлівыя формы або не дасягаюць нормальнага закончанага разьвіцьця. У выніку ўсіх гэтых процэсаў атрымліваюцца зарастаньні, недаразьвіцьцё або няправільнае разьвіцьцё, падваеньне полавых органаў, зачаткі, а часамі нават адсутнасьць таго або іншага органу.

Апрача гэтых прыроджаных парокаў разьвіцьця назіраюцца яшчэ і набытыя парокі ў пазачэраўным жыцьці. Так, напрыклад, недаразьвіцьцё полавых органаў і зарастаньні могуць ствaрыцца і ў дзіцячым узросьце, як частковая праява недаразьвіцьця ўсяго організму (інфатылізм), або як вынік перанесеных у дзяцінстве інфэкцыйных захворваньняў: адзёру, шкарлятыны, дыфтэрыі, воспы і інш. Зарастаньні, якія назіраюцца ў дарослых, як вынік цяжкіх родаў, мэханічных і хімічных пашкоджаньняў, належаць, вядома, не да парокаў разьвіцьця, а да патолёгічных процэсаў.

Парокі разьвіцьця знадворных полавых органаў. Да іх належаць: недаразьвіцьцё пярэдняй сьценкі мочавыпускальнага каналу з утварэньнем шчыліны (эпіспадыя), недаразьвіцьцё задняй сьценкі гэтага каналу (гіпоспадыя), зрашчэньне вялікіх і малых губ, перамяшчэньне задняга праходу ў прысенак похвы, зарастаньне задняга праходу і гермафрадытызм, г. зн. такі стан знадворных полавых органаў, калі па іх выглядзе нельга вызначыць пол.

Большасьць з гэтых парокаў разьвіцьця патрабуе опэрацыі.

Зарастаньне дзявочай плявы і похвы (атрэзія). Зарастаньне дзявочай плявы і похвы бывае прыроджанае і набытае. Апошняя, як вышэй было ўказана, можа ўтварыцца ў выніку розных інфэкцыйных захворваньняў у дзіцячым узросьце. Да наступленьня пэрыоду полавай сьпеласьці гэта аномалія нічым сябе не выяўляе і не дае ніякіх сымптомаў. З надыходам-жа першай мэнструацыі кроў, што выдзяляецца з маціцы, ня можа выйсьці вонкі і пры зарастаньні аднэй толькі дзявочай плявы яна накапляецца ў похве. З кожным месяцам колькасьць крыві ў похве павялічваецца, маціца прыпадымаецца кверху, і дзявочая плява купалападобна выпінаецца—утвараецца так званы **гэматокольпос** (мал, 69). Калі похва ўжо моцна расьцягнута і перапоўнена крывёю, то ёю ўжо пачынае напаўняцца і маціца—атрымліваецца **гэматомэтра** (мал. 70) і, урэшце, крывёю напаўняюцца і трубы—**гэматосальпінкс**. Ясна, што пры зарастаньні похвы процэс пачынаецца з утварэньня гэматомэтры.



Мал. 69. Гэматокольпос.



Мал. 70. Гэматомэтра.

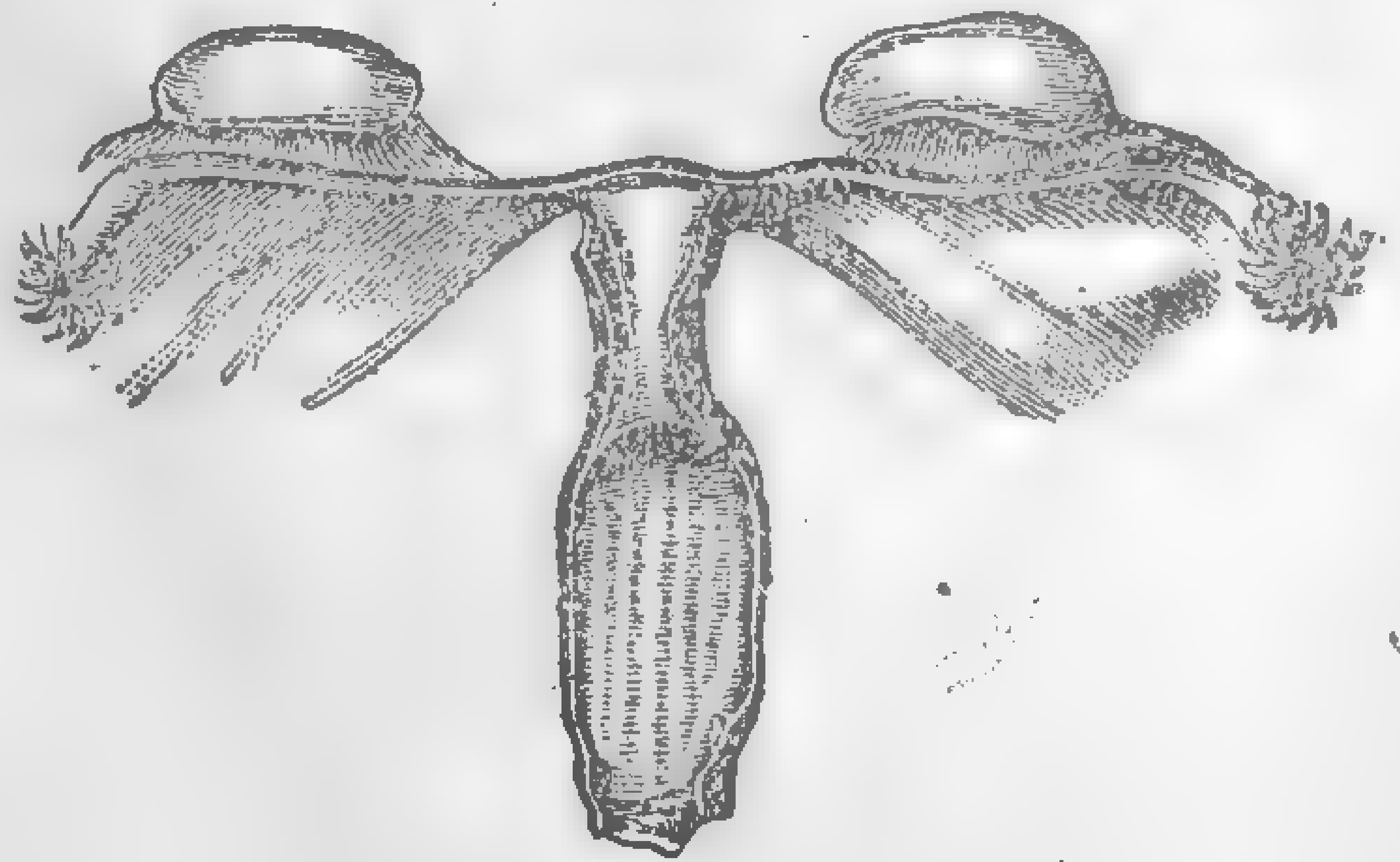
Зарастаньне дзявочай плявы і похвы дае характэрныя **сымптомы**. Спачатку хворая скардзіцца на схваткападобныя болі ўнізе жывата і на болі ў паясьніцы, якія зьяўляюцца кожны месяц і працягваюцца некалькі дзён. Потым болі ўзмацняюцца і робяцца пастаяннымі. З часам і жывот пачынае павялічвацца

і крывяная пухліна часамі дасягае значных разьмераў, моцна выпінаючы тазавое дно і даходзячы кверху да ўзроўню пупка.

Распазнаць гэтую хваробу няцяжка. Адсутнасьць адтуліны ў дзявочай пляве або непраходнасьць похвы, прымацаваньне праз брушное пакрыцьцё і праз прамую кішку мяккай пухліны і характэрныя сымптомы беспамылкова ўстанаўляюць дыягноз.

Ляч эньне заключаецца ў расьсячэньні зарослай дзявочай плеўкі і ва ўтварэньні у ёй адтуліны або ва ўтварэньні каналу ў зарослай похве.

Звужэньне похвы (*стэноз*). Тыя-ж прычыны, якія выклікаюць поўнае зарастаньне похвы, могуць выклікаць толькі звужэньне прасьвету яе ў выглядзе або невялікага колцападобнага цяжу або аб'ёмістага і шчыльнага рубца. У залежнасьці ад ступені звужэньня сымптомы бываюць розныя. Значнае звужэньне можа зьяўляцца перашкодаю для полавых зносін і для родавага акту. У такіх выпадках для прывядзеньня похвы ў нормальны стан патрэбна высячэньне ўсёй рубцовай тканкі.



Мал. 71 Дзіцячая маціца.

Парокі разьвіцьця маціцы і похвы. Недаразьвіцьцё маціцы і похвы. Поўная адсутнасьць маціцы—зьява вельмі рэдкая. Часьцей назіраецца недаразьвітае (рудымэнтарнае) цела маціцы з нормальнай шыйкай. Яшчэ часьцей бываюць выпадкі, калі ў дарослых жанчын маціца захоўвае форму, уласьцівую дзіцячаму пэрыоду свайго разьвіцьця, а іменна: шыйка даўжэй за цела маціцы і похвавая частка мае конічную форму (дзіцячая або інфантыльная маціца) (мал. 71). Такую маціцу трэба адрозьніваць ад атрофічнай маціцы, цела і шыйка якой раўнамерна зьменшаны ў сваіх разьмерах. Атрофію (гіпоплязію) маціцы мы назіраем, як фызыолёгічную зьяву, у жанчын у пэрыодзе кармленьня грудзьмі (у ляктоцыйным пэрыодзе) і ў клімактэрычным пэрыодзе. Нярэдка маціца атрофіруецца ў жанчын пасьля перанесеных інфэкцыйных і зьнясіляючых захвораваньняў (тыф, халера, дызэнтэрыя і да т. п.).

Недаразьвіцьцё маціцы часта комбінуецца з недаразьвітай похвай, якая бывае кароткаю і вузкаю.

Да недаразьвіцьця маціцы трэба аднесьці таксама выпадкі рэзка выяўленай антэфлексіі.

Недаразьвіцьцё маціцы часта суправаджаецца поўнай амэнорэяй і бясплоднасьцю. У слаба выяўленых выпадках мэнструацыя пачынаецца значна пазьней, паміж асобнымі менструацыямі бываюць вялікія паўзы, выдзяленьне крыві бывае нязначнае і звычайна суправаждаецца болямі ўнізе жывата (дысмэнорэя). У гэтых выпадках магчыма і цяжарнасьць, але яна часта заканчваецца выкідкам.

Л я ч э н ь н е зводзіцца да агульнага ўмацаваньня ўсяго організму: узмоцненага харчаваньня, фізычных практыкаваньняў, гідротэрапіі і т. д. У якасьці ўнутранага сродку прызначаюцца прэпараты жалеза і мыш'яку, а таксама оварыін, гіпофізын і інш.

Аномаліі развіцьця маціцы і похвы. Гісторыя разьвіцьця жаночых полавых органаў вучыць нас, што похва, маціца і трубы ствараюцца з дзьвёх так званых Мюльлеравых ніцяй або ходаў, якія, будучы ў пачатковых стадыях разьвіцьця зародку падзеленымі, к канцу другога месяца чэраўнага жыцьця ў сярэдняй і ніжняй сваіх частках зрошчваюцца і зьліваюцца ў адзін агульны канал і ўтвараюць маціцу і похву; верхнія-ж канцы Мюльлеравых ходаў астаюцца падзеленымі і, разыходзячыся ў абодва бакі, утвараюць фалёпіевы трубы.

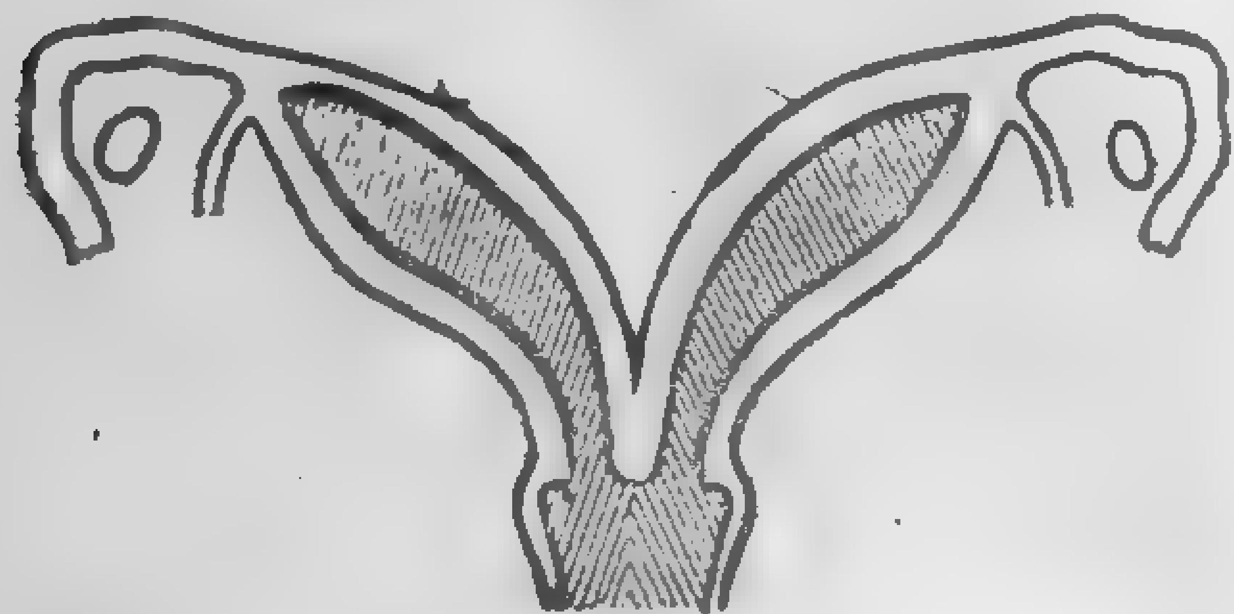
Калі ў працэсе зьліцьця Мюльлеравых ходаў у чэраўным жыцьці адбываюцца якія-небудзь адхіленьні ад нормальнага разьвіцьця, калі гэтыя ходы недастаткова разьвіты або паміж імі адбылося няпоўнае зрашчэньне, то атрымліваюцца розныя формы парокаў разьвіцьця і розныя комбінацыі паміж імі. Пры няпоўным зьліцьці Мюльлеравых ходаў атрымліваецца двурогая маціца з падвойнай або адной похвай (мал. 72).

Пры недаразьвіцьці аднаго з Мюльлеравых ходаў атрымліваецца аднарогая маціца, да якой прылягае рудымэнтарны (зачатковы) рог (мал. 73). Два асобныя целы маціцы могуць мець па асобнай шыйцы або адну агульную шыйку. Сустракаецца маціца, у якой ёсьць падзяленьне толькі дна яе і атрымліваецца такім чынам сядлопадобнае дно маціцы (мал. 74).

Калі Мюльлеравыя ходы зрасьліся, але паміж імі асталася перагародка, то атрымліваецца двуполасная маціца. Такая-ж пера-

гародка можа быць і ў похве, яна можа быць перагароджана поўнасьцю або часткова.

Парокі разьвіцьця маціцы звычайна не праяўляюцца ніякімі сымптомамі, і жанчына даведваецца аб наяўнасьці ў яе такой аномаліі пры выпадковым дасьледваньні яе ўрачом. У двурогай і двуполаснай маціцы магчыма цяжарнасьць у адным рагу або ў аднэй з поласьцяй і роды звычайна працякаюць

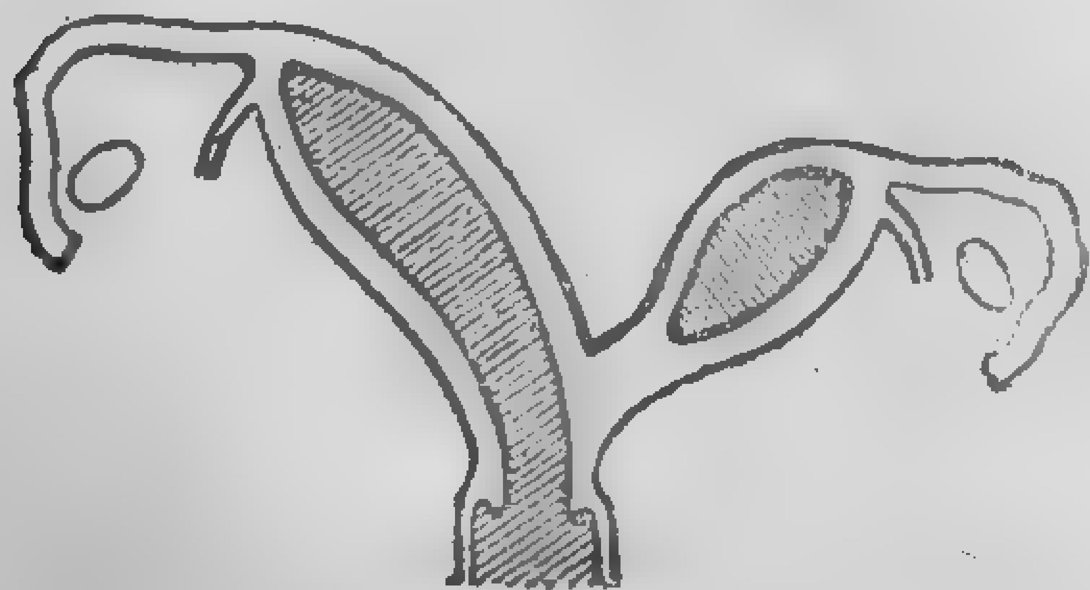


Мал. 72. Двурогая маціца (схэматычна)

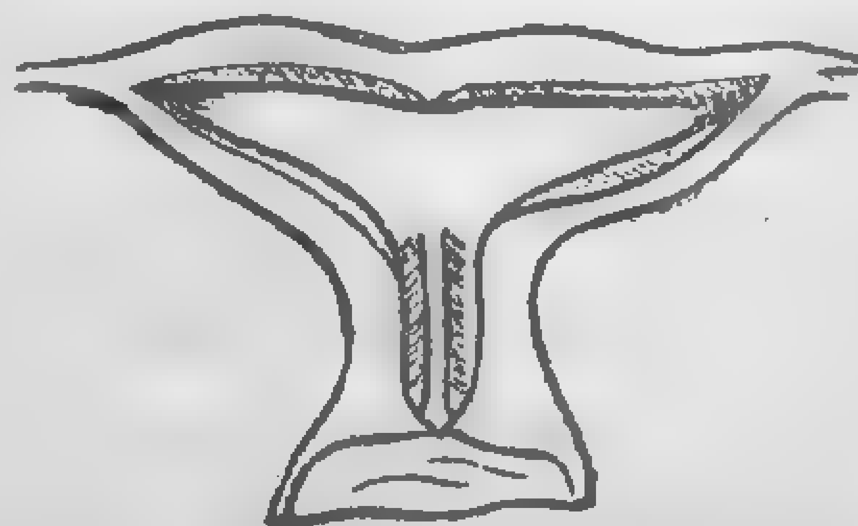


Мал. 72а. Падвойная маціца.

нормальна. Сур'ёзныя аскладненьні становіць цяжарнасьць у рудымэнтарным рагу; яна па сваім цячэньні і выніку нагадвае па-замацічную цяжарнасьць, а таму патрабуе опэрацыйнага ўмяшаньня.



Мал. 73. Аднарогая маціца з другім зачатковым рогам (схэматычна).



Мал. 74. Сядлопадобнае дно маціцы.

Парокі разьвіцьця патрабуюць лячэньня толькі тады, калі ёсьць перашкоды для полавога жыцьця і для родаў. Іншымі перашкодамі могуць быць толькі перагародкі ў похве, і тады яны выдаляюцца опэрацыйным шляхам.

Пароці разьвіцьця яечнікаў і труб. Поўная адсутнасьць яечнікаў і трубназіраецца толькі ў няжыцьцяздольных пладоў разам з іншымі выродствамі. Недаразьвіцьцё яечнікаў вядзе да зьніжэньня іх функцыі і часта суправаджаецца амэнорэяй і бясплоднасьцю.

Недаразьвіцьцё труб выяўляецца ў іх зьвілістасьці і непраходнасьці і вядзе да дысмэнорэі і бясплоднасьці.

II. НЯПРАВІЛЬНЫЯ ПАЛАЖЭНЬНІ МАЦІЦЫ.

Маціца, як ужо не адзін раз адзначалася, зьмяшчаецца ў малым тазе па сярэдняй лініі і падтрымліваецца тазавым дном і зьвязачным апаратам. Дзякуючы элястычнасьці апошняга, ёй уласьціва некаторая рухавасьць. Цела маціцы ляжыць на мачавым пузыры, а похвавая частка накіравана ўнізу і ўзаду; маціца такім чынам зьлёгку нахілена ўпераду. Апрача таго, цела маціцы ў адносінах да шыйкі ўтварае адкрыты ўпераду тупы вугал; маціца такім чынам мае нязначны перагіб ўпераду. Такое палажэньне і форма маціцы лічацца нормальнымі. Усякае іншае палажэньне маціцы лічыцца ненормальным, патолёгічным. Выключэньнем зьяўляюцца тыя выпадкі, калі напоўнены мачавы пузыр адхіляе цела маціцы ўзаду, або калі напоўненая калавымі масамі прамая кішка адсоўвае маціцу ўпераду. Але гэтыя адхіленьні маціцы нічога патолёгічнага не становяць, бо пасьля апаражненьня мачавога пузыра і прамой кішкі маціца зноў прымае сваё нормальнае палажэньне. Адсюль вынікае, што для вызначэньня палажэньня маціцы неабходна перад дасьледваньнем прымусіць жанчыну папярэдне апаражніць мачавы пузыр і прамую кішку, інакш можа стварыцца няправільнае ўяўленьне аб палажэньні маціцы.

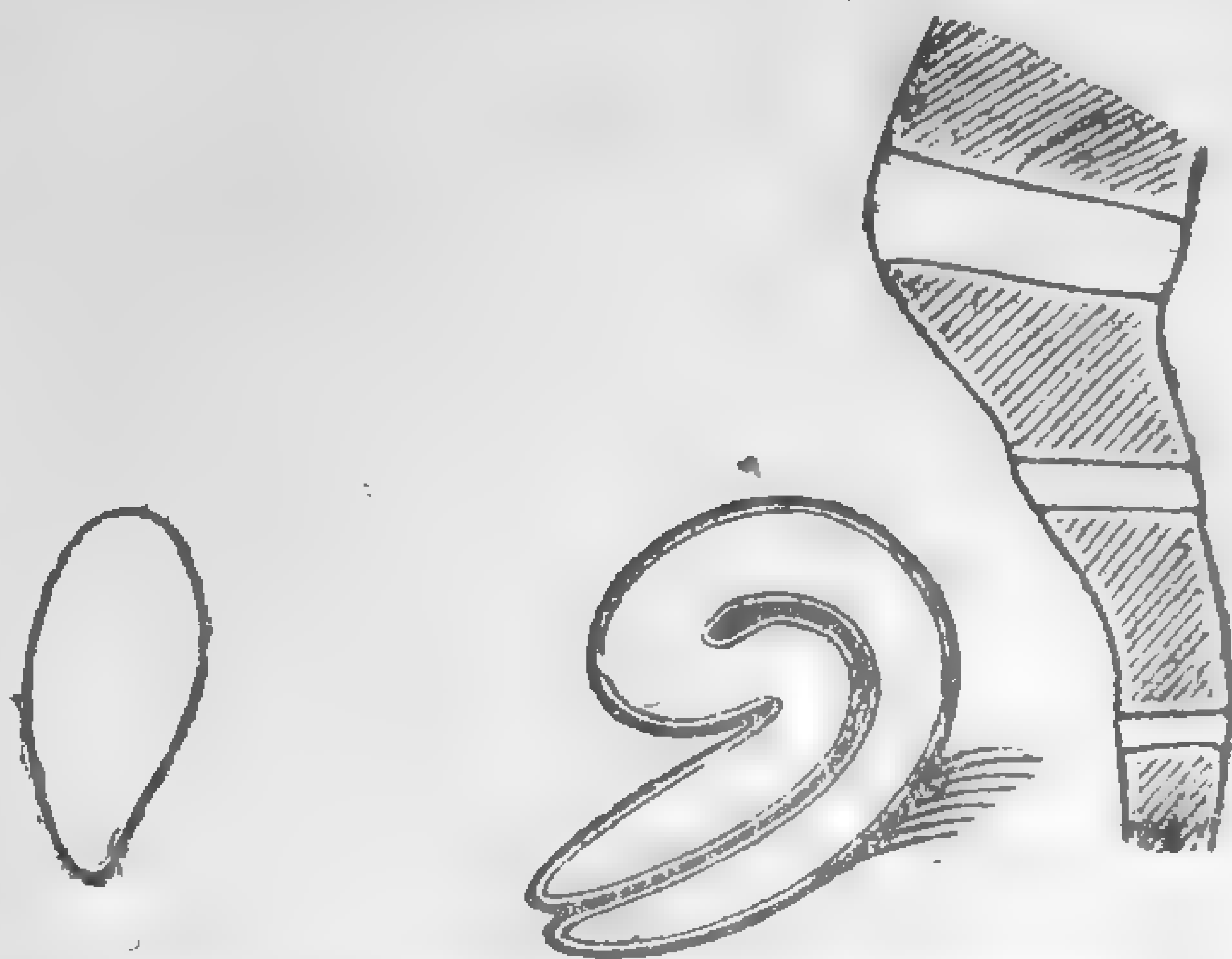
Адрозьніваюць наступныя зьмены ў палажэньні маціцы:

1) зьмяшчэньне маціцы ўпераду (антыпозыцыя);
2) зьмяшчэньне маціцы ўзаду (рэтропозыцыя);
3) зьмяшчэньне маціцы ў бок (лятэропозыцыя);
4) нахіленьне маціцы ўпераду (антэвэрзія);
5) нахіленьне маціцы ўзаду (рэтровэрзія);
6) нахіленьне маціцы ўбок (лятэровэрзія);
7) перагіб маціцы ўпераду (антэфлексія);
8) перагіб маціцы ўзаду (рэтрофлексія);
9) перагіб маціцы ў бок (лятэрофлексія);

10) апушчэньне маціцы (Descensus);
11) выпаданьне маціцы (проляпс);
12) выварот маціцы (інвэрзія).

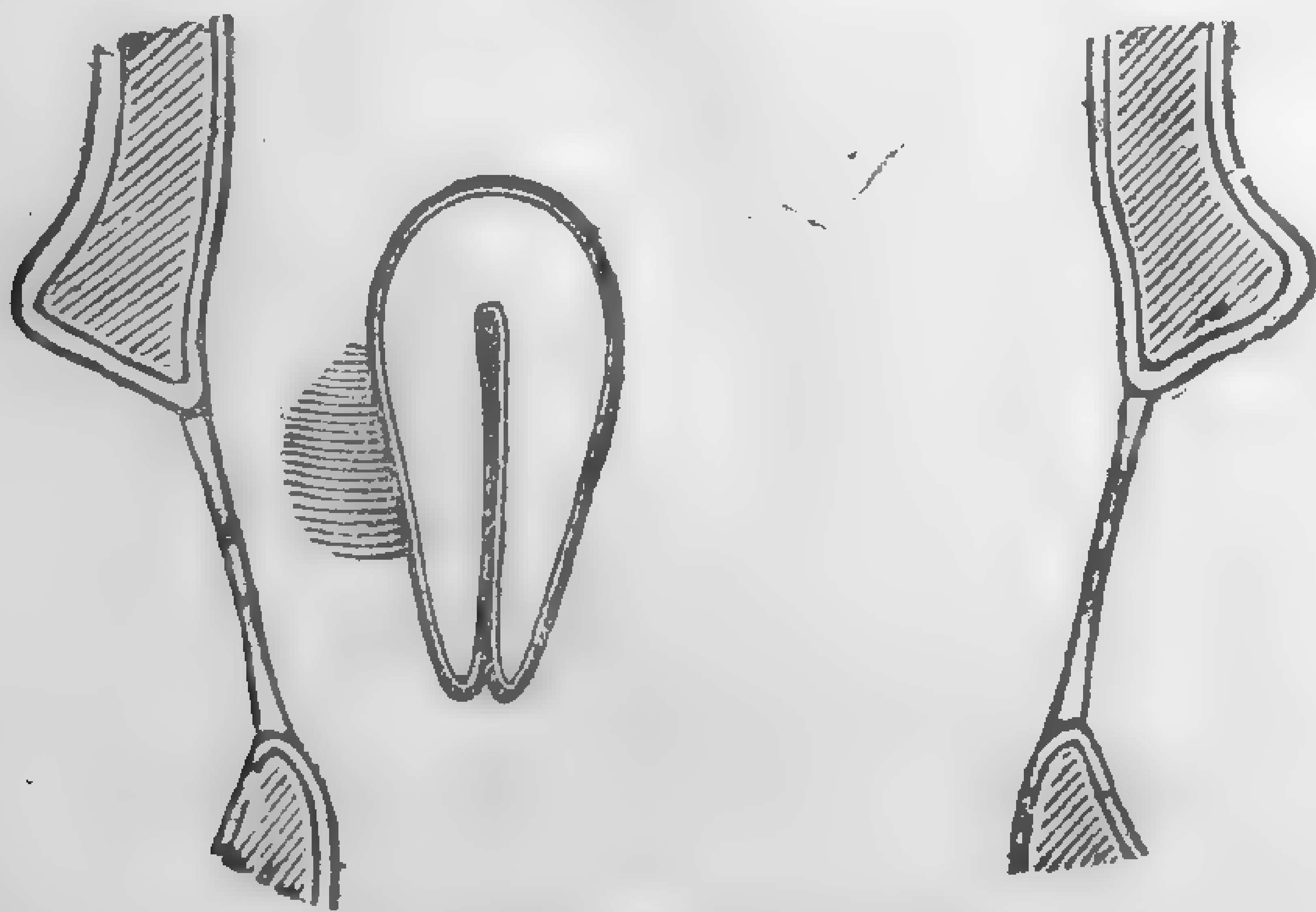
1. Зьмяшчэньні маціцы. Зьмяшчэньне маціцы к п е р а д у— а н т э п о з ы ц ы я — выклікаецца разьмешчанымі ў задняй Дуглясавай прасторы пухлінамі.

Зьмяшчэньне маціцы к з а д у — р э т р о п о з ы ц ы я—выклікаецца пакарачэньнем крыжова-маці́чных зьвязак, а таксама спайкамі пасьля ўспаляльнага процэсу (мал. 75).



Мал. 75. Зьмяшчэньне маціцы кзаду.

Зьмяшчэньне маціцы ў б о к (правы або левы)— л я т э р о п о з ы ц ы я адбываецца з прычыны адцясьненьня яе да бакавой сьценкі таза пухлінаю, якая зьмяшчаецца ў супроцьлеглым баку, эксудатам у



Мал. 76. Зьмяшчэньне маціцы ўбок.

параметры, або зморшчваньнем адпаведнай шырокай зьвязкі (мал. 76).

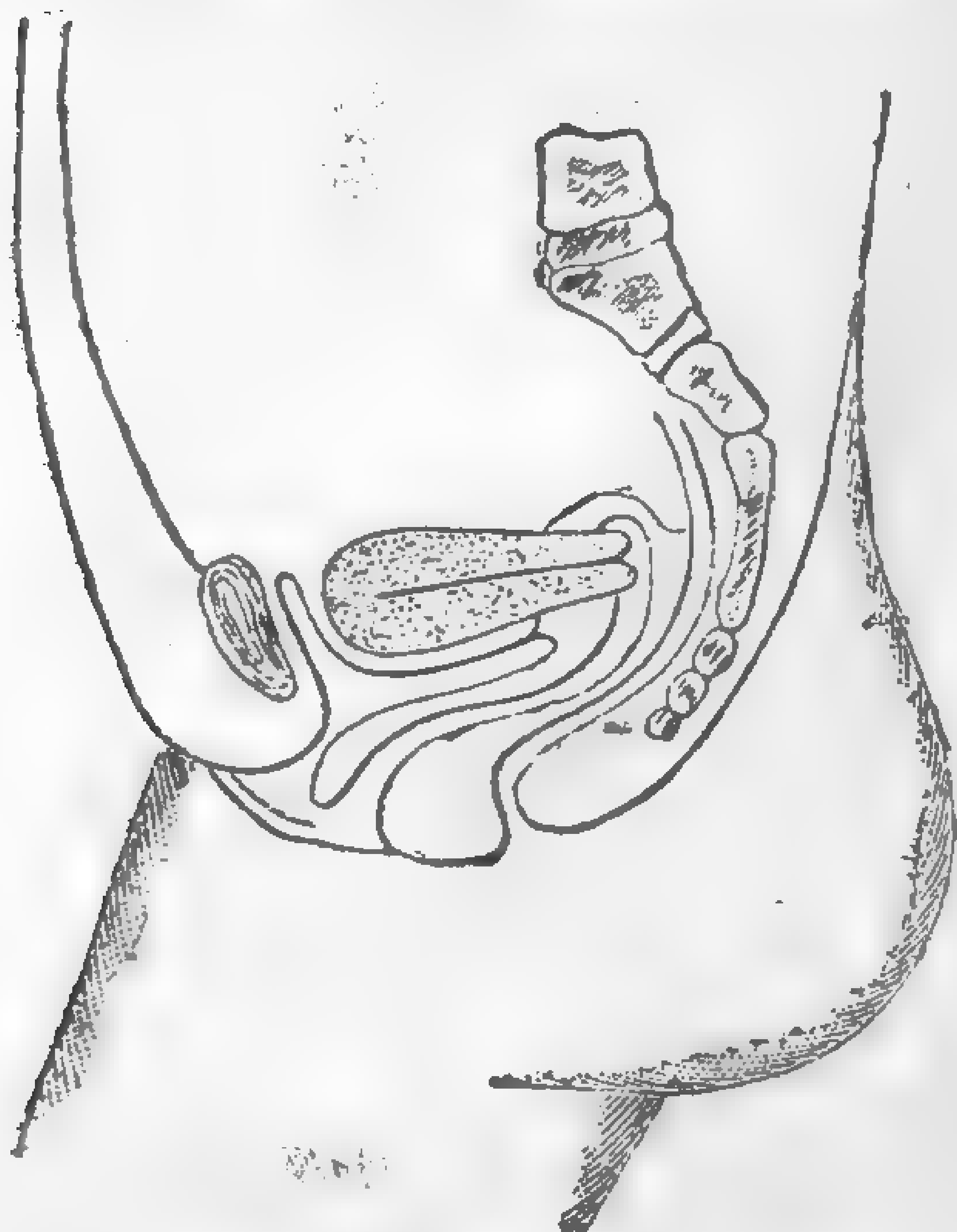
Пасьля выдаленьня пухліны і вылячэньня ўспаляльных процэсаў, выклікаючых зьмяшчэньне, маціца прыводзіцца ў нормальнае палажэньне.

2. **Нахіленьні маціцы.** Нахіленьне маціцы к п е р а д у—а н т э в э р з і я—лічыцца патолёгічным, калі дно маціцы стаіць ніжэй шыйкі яе, а апошняя глядзіць кзаду і ўверх, прычым тупы вугал, які існуе паміж целам і шыйкай пры нормальнай антэвэрзіі, згладжваецца (мал 77).

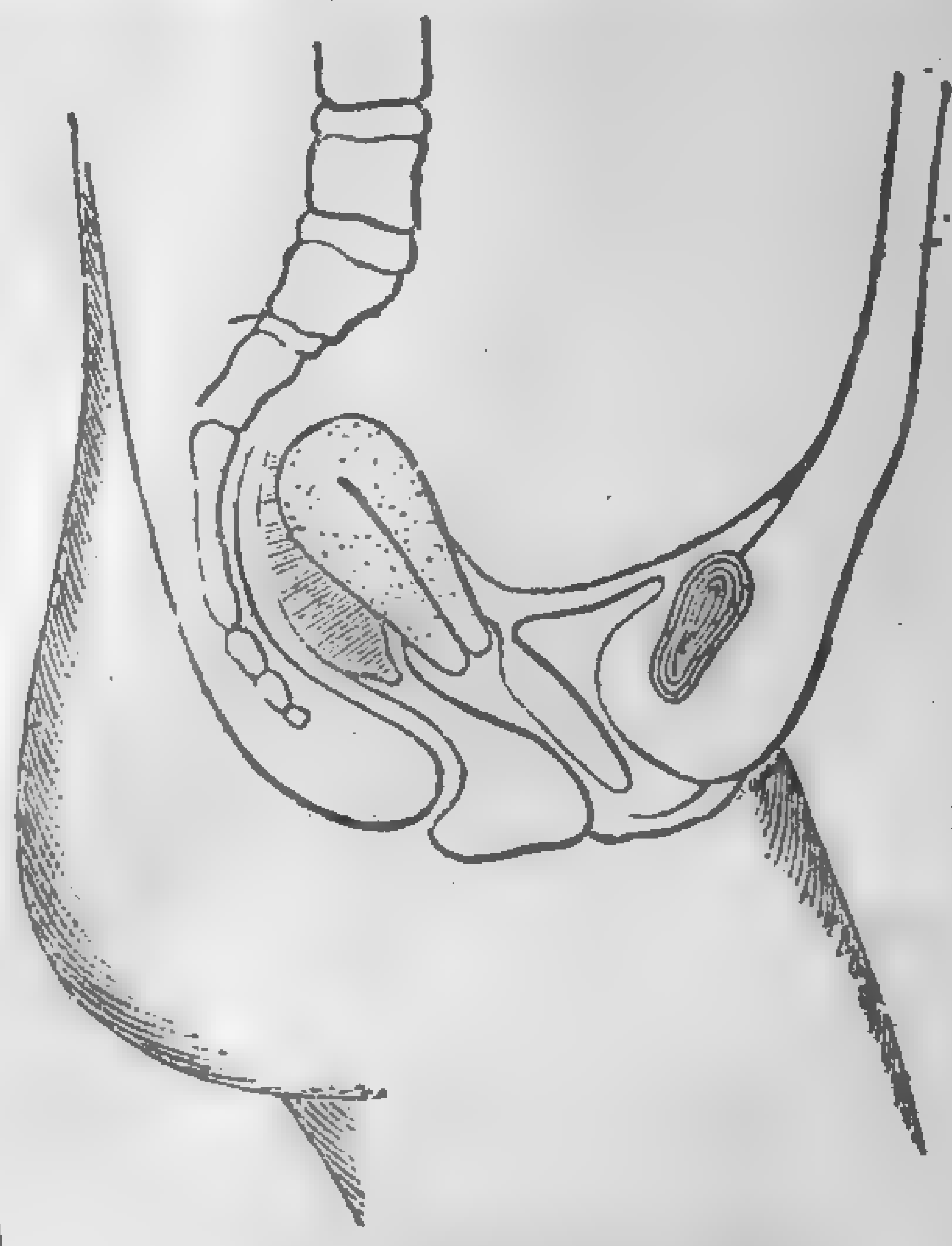
Прычынамі ўзьнікненьня антэвэрзіі зьяўляюцца пухліны, эксудаты (выпаты), кароткія крыжова-маці́чныя зьвязкі і канстытуцыяльныя асаблівасьці (інфатылізм).

Пры патолёгічнай антэвэрзіі маціцы жанчыны звычайна скардзяцца на частыя позывы да мачавыпусканьня.Назіраецца часамі і значнае крывяцячэньне ў часе рэгул.

Л я ч э н ь н е павінна быць накіравана на зьнішчэньне пры-



Мал. 77. Нахіленьне маціцы. кпераду.



Мал. 78. Нахіленьне маціцы кзаду (рэтровэрзія).

чыны, выклікаючай данае захворваньне. Пры рухомай маціцы нахіленьне можа быць выпраўлена пэсарыем (маці́чным кольцам), а пры нярухомай маціцы належыць папярэдне ўжываць рассасваючыя сродкі і гінэколёгічны масаж.

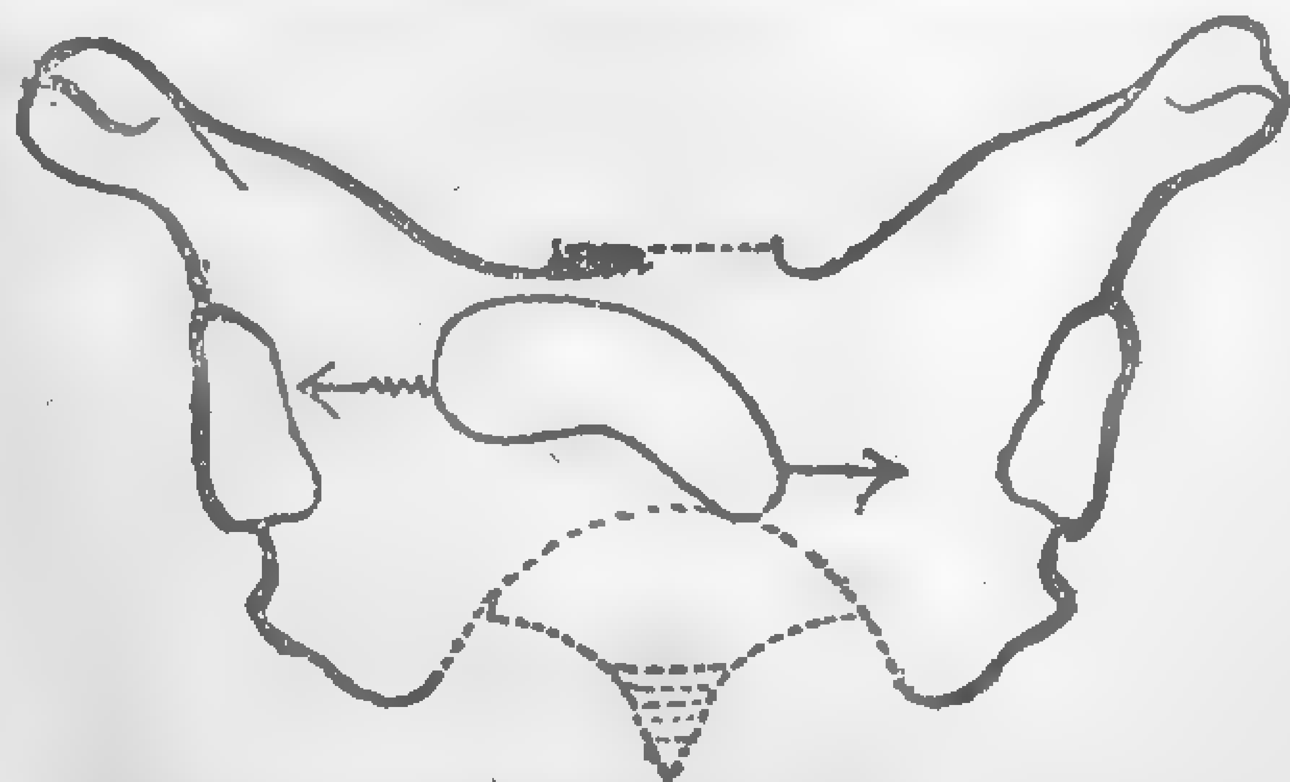
Нахіленьне маціцы к з а д у — р э т р о в э р з і я—сустракаецца часьцей і мае больш важнае практычнае значэньне. Пры такім ненормальным палажэньні таксама амаль адсутнічае вугал паміж целам і шыйкай маціцы і іх прадоўжныя восі ўтвараюць амаль прамую лінію. Пры гэтым дно і цела маціцы нахіляюцца кзаду, а шыйка глядзіць кверху і кпераду (мал. 78).

Значную ролю ва ўтварэньні рэтровэрзіі адыгрываюць успаляльныя процэсы ў вобласьці прыдаткаў маціцы і тазавай брушыны (пэрымэтраў), якія вядуць да зморшчваньня, зрошчваньня і ўтварэньня спаек. У больш рэдкіх выпадках назіраюцца прыроджаныя рэтровэрзіі.

Сымптомы, выклікаемыя гэтым захворваньнем, выяўляюцца ў болях унізе жывата і крыжы, у запорах, частых позывах да мочавыпусканьня і збыткоўных рэгулах (мэнорагія). Рэтровэрзія зьяўляецца першай стадыяй апусканьня і выпаданьня маціцы.

Неабходна адзначыць, што рэтровэрзія і іншыя нахіленьні маціцы часта працякаюць без усякіх сымптомаў і выяўляюцца выпадкова пры дасьледваньні.

Лячэньне пры рухомай маціцы заключаецца ва ўстаўленьні маціцнага колца (пераважна Годжэ), а пры нярухомай—у папярэднім рассасваючым лячэньні і гінэколёгічным масажы. У некаторых выпадках, якія не паддаюцца консэрватыўнаму лячэньню, прыходзіцца рабіць опэрацыю. Прыроджаная рэтровэрзія, якая звычайна не дае ніякіх сымптомаў, лячэньня не патрабуе.



Мал. 79. Нахіленьне маціцы ў правы бок (схэматычна).

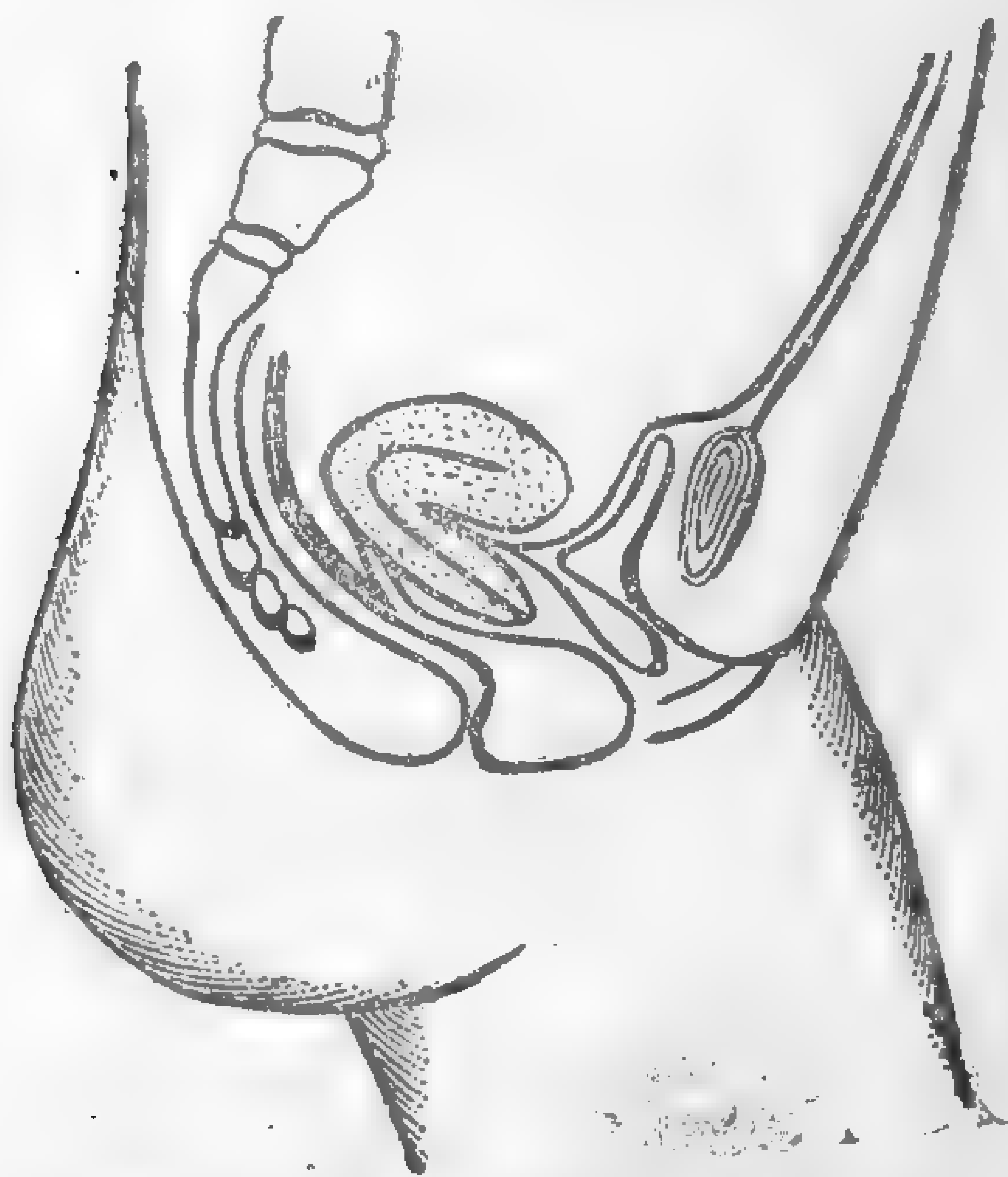
Нахіленьне маціцы ў бок—лятэровэрзія—гэта такое няправільнае палажэньне маціцы, пры якім цела яе знаходзіцца ў адным баку таза, а шыйка—у другім. Прычынамі такога палажэньня маціцы служаць тыя-ж моманты, якія выклікаюць вышэй апісаныя адхіленьні. Часта нахіленьне маціцы ў бок злучаецца з перагібам яе ў адзін з бакоў (мал. 79). Лячэньне заключаецца ў адхіленьні асноўнай хваробы.

3. **Перагібы маціцы.** Перагіб маціцы кпераду—патолёгічная антэфлексія—азначае тое няправільнае палажэньне і зьмененую форму маціцы, пры якой цела маціцы ў вобласьці ўнутранага зёву перагібаецца кпераду, прычым у адносінах да шыйкі ўтварае востры вугал. Часта перагіб маціцы кпераду злучаецца са звужанай і доўгай шыйкай конічнай формы і са звужанай круглай адтулінай знадворнага зёву. Мы вышэй указалі, што пры гэтым цела маціцы недадаразьвіта, што яно карацей

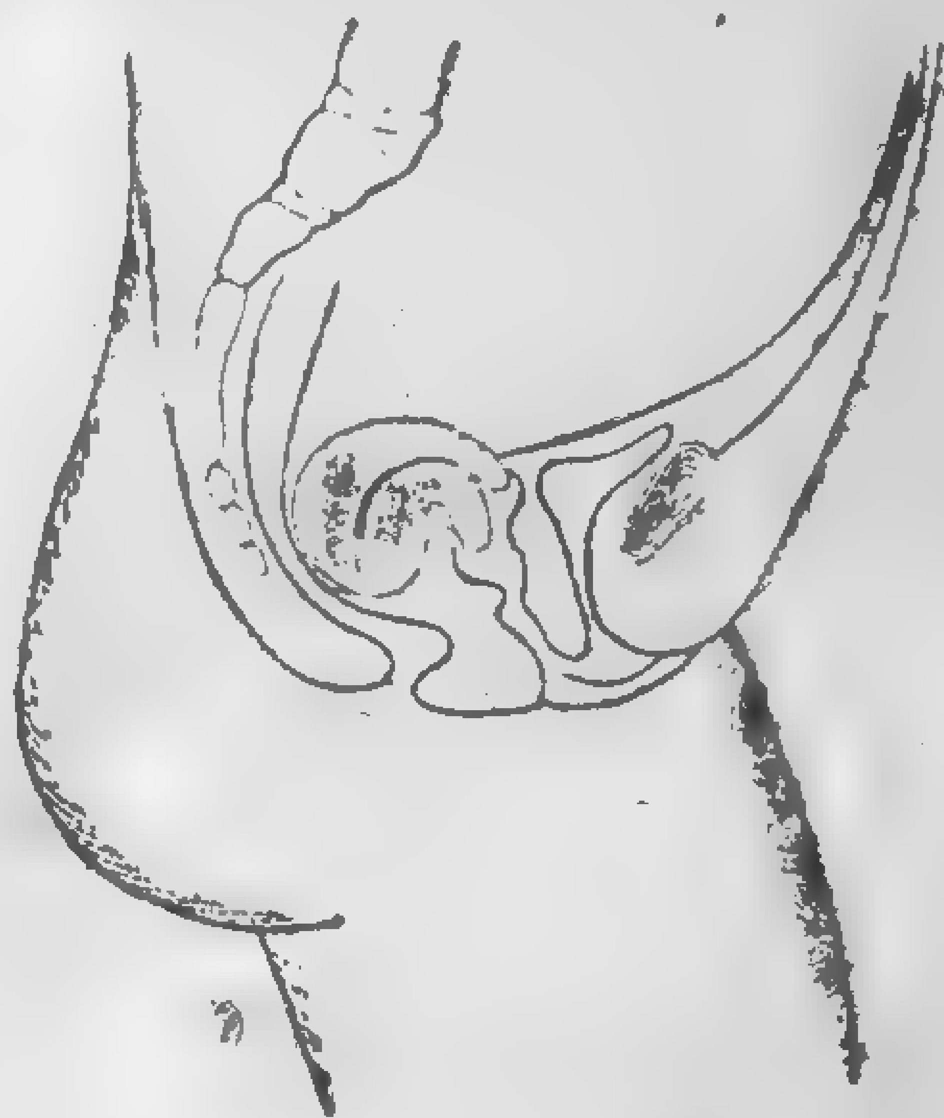
шыйкі і што такая маціца называецца інфантыльнай (дзіцячай) і сьведчыць аб недаразьвіцьці яе ў дзіцячым узросьце (мал. 80).

Сымптомы: болі напярэдадні або ў першы дзень рэгул, бясплоднасьць, схільнасьць да выкідкаў, няправільнае функцыянаваньне кішочніка і расстройствы з боку нэрвовай сыстэмы.

Лячэньне патолёгічнай антэфлексіі, узьнікшай на глебе ўспаляльных процэсаў, накіроўваецца на крыніцу гэтай хваробы. У выпадках, не аскладненых успаляльнымі зьменамі, для адхіленьня дысмэнорэі і бясплоднасьці рэкомэндуецца расшырэньне цэрвікальнага каналу пры дапамозе палачак лямінарый. Некаторыя гінэколёгі для атрыманьня стойкага расшырэньня цэрвікальнага каналу зварочваюцца да опэрацыйнага ўмяшаньня (разрэзы знадворнага зёву і расьсячэньне ўнутранага зёву).



Мал. 80. Патолёгічная антыфлексія (перагіб маціцы кпераду) з доўгай шыйкай (схэматычна).



Мал. 81. Перагіб маціцы кзаду (рэтрофлексія).

Перагіб маціцы кзаду—рэтрофлексія—гэта такое ненормальнае палажэньне, пры якім цела маціцы ў вобласьці ўнутранага зёву перагібаецца кзаду, утвараючы з шыйкай вугал, адкрыты кзаду. Пры гэтым зёў накіраваны кнізу, а загнутае назад цела маціцы прамацоўваецца праз задні праход у форме шарападобнага цела (мал. 81).

Прычыны перагібаў маціцы кзаду тожсамыя з тымі, якія выклікаюць нахіленьне яе кпераду, але найбольш часта прычынай зьяўляецца недастатковае адваротнае разьвіцьцё (субінволюцыя) маціцы ў пасьляродавым пэрыодзе.

Сымптомы. Пры рухомай загнутай кзаду маціцы часта адсутнічаюць усякія сымптомы і з боку хворых няма ніякіх скаргаў. Пры фіксаванай рэтрофлексіі скаргі бываюць шматлікімі і рознастайнымі, а іменна: балючыя рэгулы, цяжкасьць і боль унізе жывата, болі пад лыжачкай, болі ў сьпіне, паясьніцы, у крыжы, у хвастку і ў нагах, збыткоўныя і працяглыя рэгулы, белі, бясплоднасьць, схільнасьць да выкідка, расстройствы мочавыпусканьня, запоры і адлюстроўныя зьявы з боку нэрвовай сыстэмы.

Пры рэтрофлексіі, з прычыны перагібаў шырокіх маціцных зьвязак і звужэньня вэнозных судзін, зьяўляюцца перашкоды для адцёку крыві і атрымліваюцца застойныя зьявы, якія вядуць да павялічэньня і ўшчыльненьня маціцы.

Лячэньне рухомай рэтрофлексіі зводзіцца да вывядзеньня ручнымі прыёмамі цела маціцы з крыжовай упадзіны ў напрамку да лоннага сучляненьня і да ўтрыманьня яе пры дапамозе пэсарыя Годжэ або Томаса ў нормальным палажэньні.

Рэтрофлексія, не выклікаючая клінічных сымптомаў, не вымагае ніякага лячэньня.

Пры немагчымасьці прывядзеньня маціцы ў нормальнае палажэньне, рэкомэндуецца гінэколёгічны масаж.

Лячэньне рэтрофлексіі маціцы нашэньнем пэсарыя не заўсёды прыводзіць да мэты. Нават добра падобраны і правільна ўведзены пэсары з цягам часу ня ўтрымліваецца на месцы і выпадае. Апрача таго пры нашэньні пэсарыя патрэбен контроль за хворай, неабходны штодзённыя спрынцаваньні, пэрыодычнае ачышчэньне колца і да т. п. Пэсары ня можа быць ужыт пры наяўнасьці катару похвы і эрозіі на шыйцы, бо ён можа ўзмацніць успаленьне і нават выклікаць пролежні. Яшчэ менш прыдатны пэсары для жанчыны, якая занята цяжкай фізычнай работай, зьвязанай з напружаньнем брушнога прэсу (падыманьнем вялікіх цяжараў). У такіх выпадках уступае ў свае правы опэрацыйнае лячэньне. Опэрацыю робяць і ў тых выпадках, калі ўправіць маціцу не ўдаецца з прычыны наяўных зрошчваньняў.

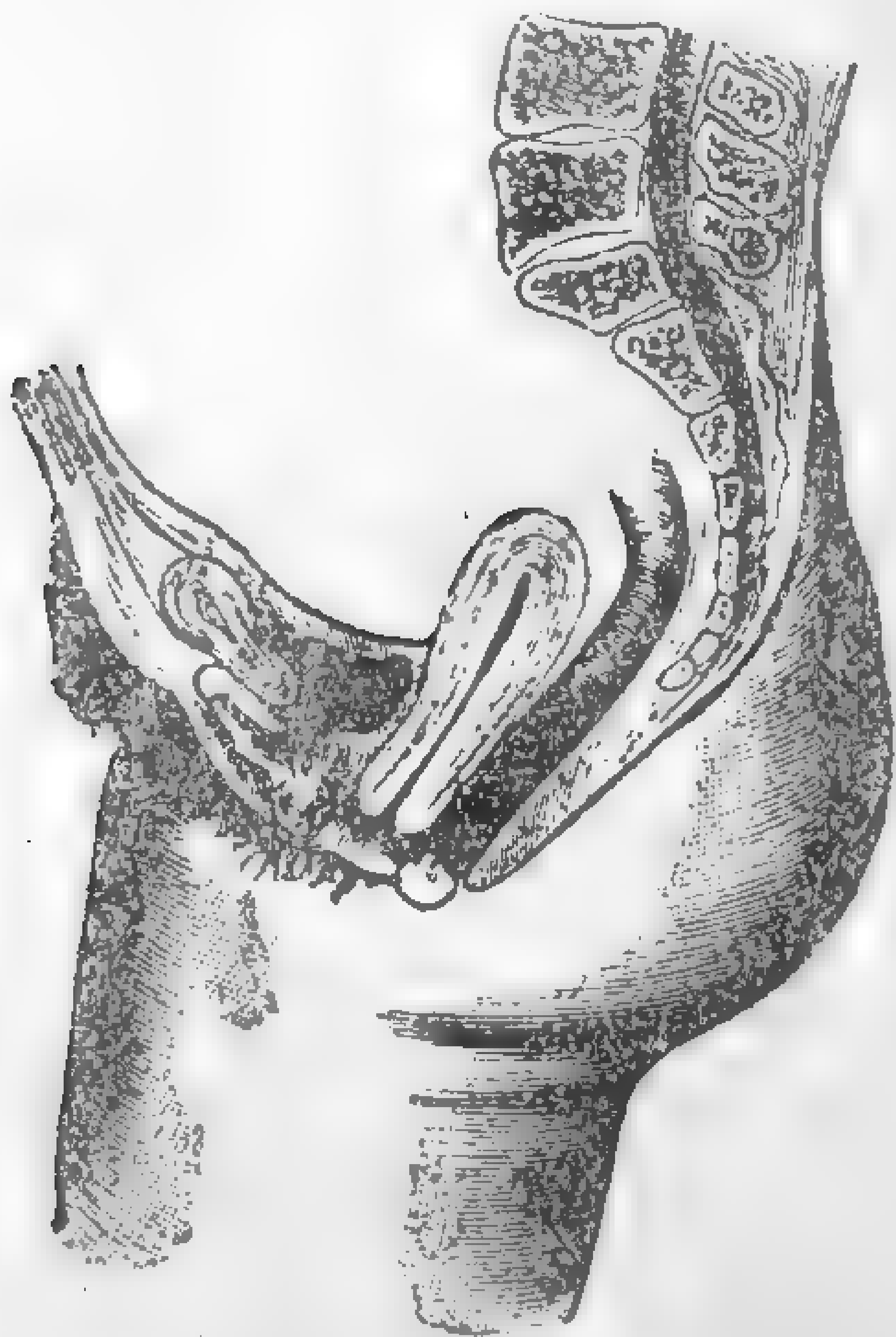
Перагіб маціцы ў бок—лятэрофлексія—азначае такое палажэньне маціцы, пры якім шыйка захоўвае сваё нормальнае палажэньне, а цела перагнута ў адзін з бакоў.

Прычыны, сымптомы і лячэньне тыя-ж, што і пры нахіленьнях маціцы ў бок.

У разьдзеле аб опэрацыйным лячэньні было ўказана, што опэрацыйнае ўмяшаньне павінна быць зроблена толькі пасьля

ўважлівага абмеркаваньня ўсіх паказальнікаў да яго, або пасьля таго, як усе астатнія мэтоды лячэньня былі вычарпаны і не далі пажаданага выніку. Гэтую акалічнасьць трэба асабліва мець на ўвазе, вырашаючы пытаньня аб опэрацыйным умяшаньні пры розных адхіленьнях і перагібах мацiцы. Некаторыя гінэколёгі-хірургі робяць опэрацыю пры рэтровэрзіі або рэтрофлексіі мацiцы з мэтай спыненьня боляў у паясьніцы і крыжы, забываючы, што крыніцай гэтых боляй не заўсёды зьяўляецца ненормальнае палажэньне мацiцы і што прычына іх часта знаходзіцца па-за полавай сфэрай. Натуральна, што опэрацыйнае ўмяшаньне ў такіх выпадках ня толькі не дасягае мэты, але часта нават пагаршае стан здароўя хворай.

4. Апусканьне і выпаданьне мацiцы (Descensus et prolapsus uteri). Калі мацiца зьмяшчаецца кнізу, глыбей у таз, ня выходзячы,



Мал. 82. Апусканьне мацiцы.

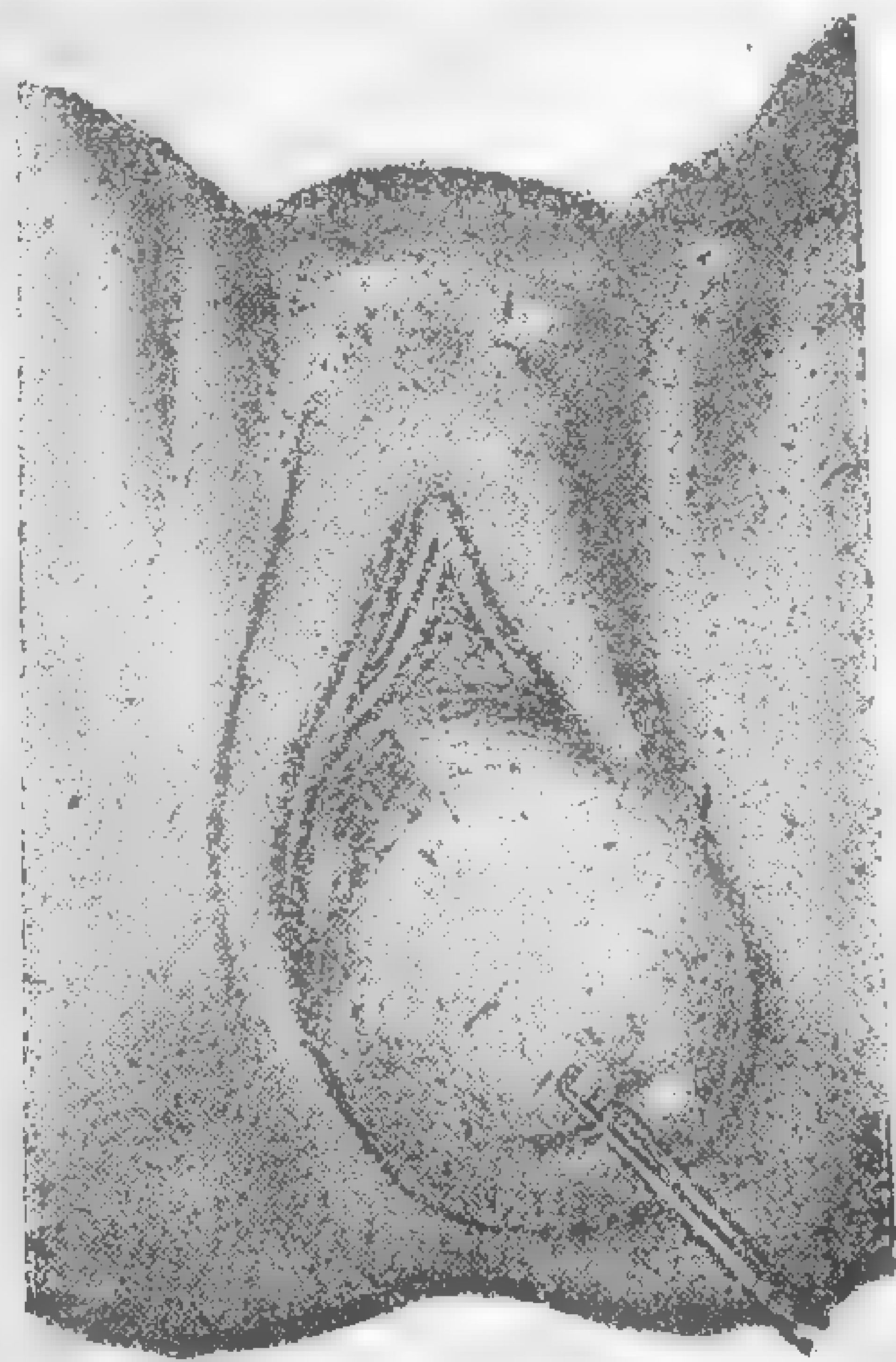


Мал. 83. Частковае выпаданьне мацiцы.

аднак, з полавай шчыліны, то мы маем **апусканьне** мацiцы (мал. 82).

Калі мацiца апускаецца яшчэ ніжэй і частка яе ляжыць ужо па-за полавай шчылінай і відаць шыйка мацiцы, то мы маем **частковае выпаданьне** мацiцы (мал. 83); калі-ж уся мацiца выходзіць вонкі, то мы маем справу з **поўным выпаданьнем** (мал. 84).

У апусканьні і выпаданьні маціцы адыгрываюць ролю наступныя тры моманты: 1) аслабленьне і расцяжэньне падтрымліваючага і падвешваючага апаратаў маціцы і похвы, г. зн. расслабленьне і расьцягненьне зьвязак; 2) парушэньне цэласьці тазавага дна ад разрываў прамежжа і похвы, якія адбыліся ў часе родаў і 3) павышаны і ўнутрыбрушны ціск. Пры наяўнасьці 1-га моманту расслабленыя зьвязкі ня могуць утрымаць маціцу на яе нормальным месцы, а дэфэкт у тазавым дне не перашкаджае яе выпаданьню, а калі ёсьць яшчэ нахіленьне маціцы кзаду, то ўнутрыбрушны ціск сваім дзеяньнем на дно маціцы выпіхае яе ў прасьвет похвы. Пры павышаным унутрыбрушным ціску, як гэта бывае пры цяжкай фізычнай рабоце, пры ўсякіх напружаньнях брушнога прэс і пры пастаяннай працяглай рабоце стоячы маціца апускаецца ўсё ніжэй і ніжэй і нарэшце, выпадае цалкам. У адных выпадках спачатку выпадае похва і яна цягне за сабою маціцу, а ў іншых выпадках маціца выпадае першай і выварачвае за сабою похву.



Мал. 84. Выпаданьне маціцы і похвы.

Пры існуючай сувязі паміж маціцай і мачавым пузыром адначасова з выпаданьнем маціцы адбываецца зьмяшчэньне ўніз мачавога пузыра (цыстоцэле). Пры разрыве прамежжа і адсутнасьці перагародкі паміж похваю і прамой кішкой атрымліваецца апусканьне ніжняга аддзелу прамой кішкі (рэктоцэле).

Пры апусканьнях хворыя, звычайна паджылага і старога ўзросту, спачатку зварачаюцца да ўрача або акушэркі са скаргай на пачуцьцё ціску на ніз і на тое, што пры выпаражненьні з полавай шчыліны „выходзіць штосьці накшталт яйка“. У пазьнейшых стадыях яны скардзяцца на выхад унутранасьцяй або пухліны, якая пры ляжаньні ўваходзіць назад. Часта хворыя, апрача таго, скардзяцца на гнойныя выдзяленьні, зьмешаныя з крывёю і на частыя пазывы да мачавыпусканьня, а пры моцных напружаньнях брушнога прэсу, як напрыклад, пры чыханьні і кашлі, на адвольнае выдзяленьне мачы.

Пры выпаденьні похвы пры знадворным аглядзе звычайна вызначаецца стары разрыў прамежжа, моцна зьзяючы ўваход у похву і выпінаньне пярэдняй, а часамі і задняй сьценкі похвы; сьлізавая абалонка выпаўшай часткі похвы выглядае бледнай, сухой і падобнай на скуру. Пры ўнутраным дасьледваньні ўжо ў ніжнім аддзеле похвы пальцы натыкаюцца на падоўжаную і патоўшчаную шыйку маціцы.

Пры выпаданьні маціцы, калі хворая знаходзіцца ў ляжачым палажэньні, часта маціца ня выходзіць з полавай шчыліны. Але варта прымусіць хворую напружыцца, або ўрачу націснуць знадворку рукой на вобласьць малога таза, як выходзіць вонкі шчыльная, патоўшчаная і ацёчная шыйка маціцы.

Пры поўным выпаданьні маціца мае выгляд пухліны, часамі велічынёю з кулак і тырчыць сьпераду знадворных полавых частак; навакол зёву і на іншых мясцох пухліны часта бываюць зьязваваньні (пролежні), з якіх выцякае гнойны сьлізь і кроў. Яшчэ пры гэтай стадыі маціца лёгка ўпраўліваецца хвораю, але пры далейшым разьвіцьці ацёчнасьці ўпраўліваньне выпаўшай маціцы затрудняецца.

Пры апусканьнях і выпаданьнях похвы і маціцы вялізарную ролю адыгрывае п р о ф і л я к т ы к а, якая зводзіцца да наступнага.

Для ўмацаваньня арганізму і ў прыватнасьці, цяглічнага і зьвязачнага апарата, жанчыну неабходна яшчэ з раньніх год і асабліва ў пэрыодзе полавага дасьпяваньня, прывучаць да гігіенічнага жыцьця, да гігіенічнага адзеньня, да нормальнага харчаваньня, да клопатаў аб правільным апаражненьні кішочніка і да заняткаў лёгкім спортам і гімнастыкай на сьвежым паветры.

Пры аглядзе прычын, выклікаючых выпаданьне похвы і маціцы, мы бачым, што разрывы тазавага дна, якія адбыліся ў часе родаў і засталіся незашытымі, складаюць адну з галоўных прычын узьнікненьня гэтага захворваньня. Адсюль ясна, што для аднаўленьня цэласьці тазавага дна, найменшыя разрывы прамежжа павінны зашывацца.

Далей мы ведаем, што дрэннае скарачэньне маціцы ў пасьляродавым пэрыодзе вядзе да нахіленьня яе ззаду, што пры наяўнасьці гэтых няправільных палажэньняў маціцы павышаны ўнутрыбрушны ціск садзейнічае апусканьню і выпаданьню маціцы. Адсюль вынікае, што ў пасьляродавым пэрыодзе неабходна сачыць за правільным адваротным разьвіцьцём унутраных по-

лавых органаў, за правільнай функцыяй кішочніка і забараніць парадзісе раньняе ўставаньне з ложка і фізычную працу, патрабуючую напружаньня брушнога прэсу.

З усяго паданага відаць роля і задачы акушэркі ў профіляктыцы данага захворваньня жанчыны. Акушэрка, працуючы на раёне, на мэдычным пункце, можа выратаваць многіх працоўных жанчын ад дачасовай страты працаздольнасьці, інваліднасьці і ад многіх фізычных пакут, да якіх вядзе выпаданьне маціцы.

У гутарках з маладымі дзяўчатамі яна павінна даваць ім указаньні, як яны павінны разьвіваць практыкаваньнямі свае цягліцы для захаваньня іх пругкасьці і элястычнасьці, і якія правілы гігіены яны павінны выконваць у пэрыод полавага дасьпяваньня. Прысутнічаючы пры родах і выявіўшы сьвежы разрыў прамежжа, акушэрка павінна прыняць усе меры, каб гэты разрыў быў зашыты. У пасьляродавым пэрыодзе акушэрка павінна сачыць за нормальным скарачэньем маціцы і загаеньнем накладзеных швоў і ўказаць парадзісе на шкоду ад раньняга ўставаньня і ад дачасовых заняткаў цяжкаю фізычнаю працаю, чым нашы вясковыя жанчыны асабліва грэшаць. Калі чаму-небудзь разрыў прамежжа адразу пасьля родаў ня быў зашыты, або накладзеныя швы разышліся і не адбылося загаеньня прамежжа, то акушэрка павінна праз некалькі месяцаў пасьля родаў накіраваць жанчыну ў больніцу для аднаўленьня цэласьці прамежжа. Выявіўшы ў жанчыны стары разрыў прамежжа, выпінаньне і выпаданьне похвы і апусканьне маціцы, а тым больш выпаданьне маціцы, акушэрка павінна пераканаць жанчыну ў неабходнасьці опэрацыі і растлумачыць ёй, што ўсякія іншыя меры маюць часовы характар, што нашэньне колца не пазбавіць яе ад гэтай хваробы.

З гэтых радкоў відаць ужо, што лячэньне выпаданьня маціцы можа быць радыкальнае і консэрватыўнае або, лепш кажучы, паліятыўнае. Калі жанчына прыходзіць ужо з гатовым выпаданьнем маціцы, то на першым пляне павінна стаяць радыкальнае лячэньне, г. зн. опэрацыя. Опэрацыйных мэтодаў шмат; яны, галоўным чынам, зводзяцца да аднаўленьня тазавага дна, да звужэньня прасьвету похвы (кольпорафія) і часьцей за ўсё, да пакарачэньня круглых зьвязак, а часам прышываньня маціцы да пярэдняй брушной сьценкі (вэнтрофіксацыя).

У выпадках-жа калі хворая адмаўляецца ад опэрацыі або пры наяўнасьці супроцьпаказаньняў да апошняй (хваробы сэрца, лёгкіх, глыбокая старасьць і т. д.), даводзіцца ўжываць песары або колца, часамі нават гістэрофор.

Аб спосабе ўжываньня гэтых паліятыўных сродкаў гл. разьдзел „Консэрватыўныя мэтоды лячэньня“.

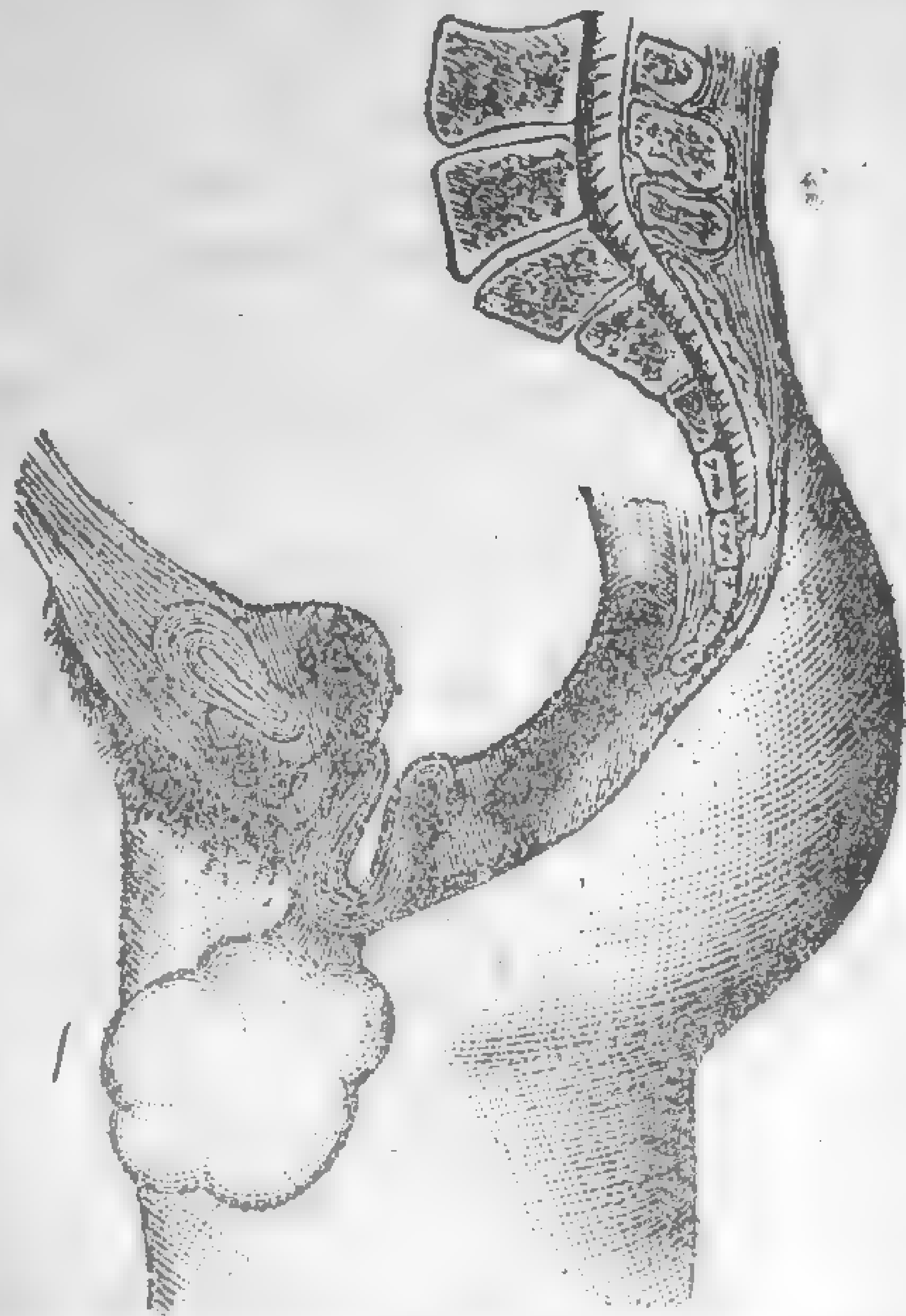
5. **Вывараты маціцы (інвэрзія).** Пад вывaратам маціцы разумеюць тое няправільнае палажэньне яе і тую зьмену яе формы, пры якім унутраная паверхня яе, пакрытая сьлізьніцай, прымае палажэньне знадворнай, а знадворная, пакрытая брушынай,—палажэньне ўнутранай. Маціца такім чынам выварочваецца, як пальчатка. Вывaрат маціцы бывае няпоўны, калі вывернутае дно або часткі сьценак маціцы ня выходзяць за знадворную адтуліну яе; пры поўным вывараце цела вывернутай маціцы знаходзіцца ў похве, а часамі яно выходзіць з палавой шчыліны вонкі. Праз брушныя сьценкі на месцы дна маціцы прамацваецца лёйкападобная паглыбліна (мал. 85).



Мал. 85. Вывaрат маціцы: Схэматычны малюнак, які паказвае тры ступені вывaрату: a) вывернутае дно; b) поласьць маціцы, c) похва, d) верхні край паглыбіны, якая ствараецца дном маціцы.

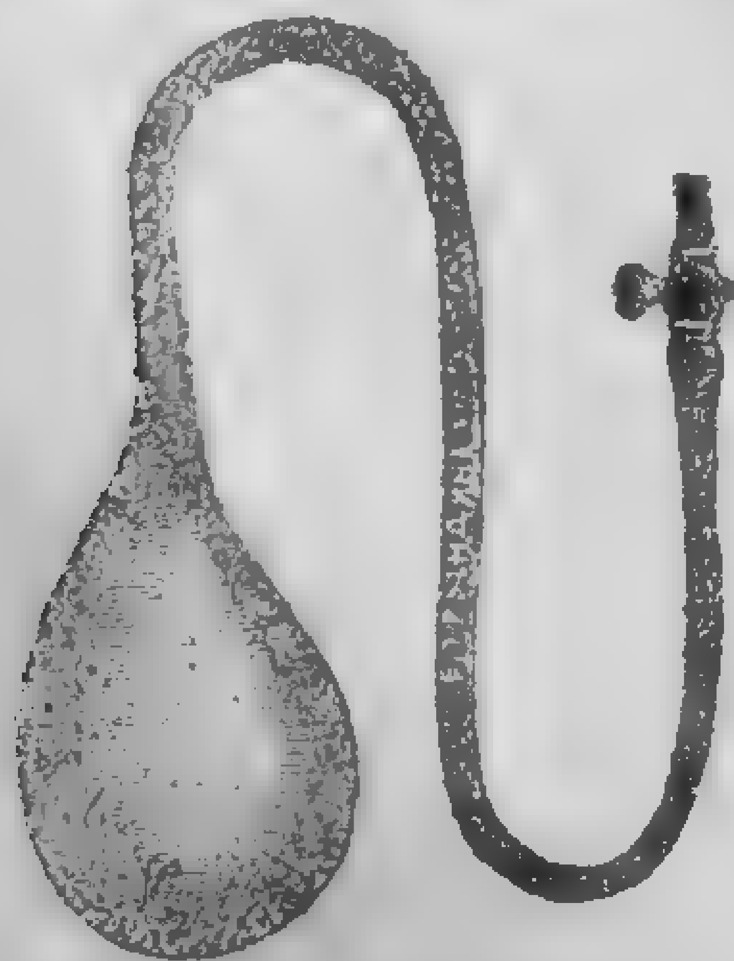
Умовы, пры якіх адбываецца вывaрат маціцы, наступныя. Калі ў часе родаў для выдаленьня яшчэ не аддзяліўшагася пасьледу ўжываецца моцнае націсканьне зьверху на дно маціцы (спосаб Крэдэ), або пацягваньне зьнізу за пупавіну, то расслабленыя сьценкі маціцы могуць вывернуцца да знадворнага зёву або нават праз яго вонкі. У гэтых выпадках адбываецца **востры вывaрат маціцы**, які суправаджаецца вялікім крывяцячэньнем, болямі, ванітамі і няпрытомнасьцю.

Радзей выварат маціцы абумоўлівaецца падсьлізьнічнай пухлінай (міомай), якая выходзіць з дна маціцы, імкнецца выйсьці („нараджаецца“) праз знадворны зёў і цягне за сабой дно і сьценкі маціцы (мал. 86). У данымі выпадку выварат разьвіваецца павольна і сымптомы, назіраемыя пры вострым вывараце, могуць адсутнічаць. У застарэлых выпадках хворыя часта скардзяцца на адчуваньне напіраньня на ніз, болі ў крыжы, збыткоўныя рэгулы, крывяцячэньні ня ў часе рэгул і збыткоўныя белі.



Мал. 86. Выварат маціцы, выкліканы пухлінаю, што выходзіць з маціцнага дна.

Лячэньне вывараты, які здарыўся пасьля родаў пры выдаленьні дзіцячага месца, заключаецца ў тым, што вывернутую маціцу ўводзяць назад у похву і шчыльна тампонуюць стэрылізаванай марляй. Тое ж самае робяць пры вывараце, які ўтварыўся на глебе міомы і самастойна ня ўправіўся пасьля выдаленьня яе. Калі ў першым і ў другім выпадку ўпраўліваньне не ўдаецца і выварат робіцца хранічным, застарэлым, то варта паспрабаваць паступова ўправіць маціцу пры дапамозе гумовага балёну=кольпэйрынтэра (мал. 87), які ўводзіцца ў похву і напаўняецца вадкасьцю або ртуцьцю. Калі і гэты прыём не дасягае мэты, то робяць опэрацыю.



Мал. 87. Кольпэйрынтэр.

Выварат маціцы—рэдкае, але вельмі сур'ёзнае захворваньне. Вострыя выпадкі назіраюцца пераважна ў вёсцы, дзе жанчына яшчэ ня поўнасьцю забясьпечана акушэрскай дапамогай і дзе часта роды праводзяцца бабкамі-павітухамі. Апошнія, не чакаючы аддзяленьня дзіцячага месца і

жадаючы паскорыць гэты процэс, часта сілкам выдзяляюць месца пацягваньнем за пупавіну і гэтым выклікаюць выварат мацiцы. Акушэрцы прыходзіцца сустракацца з вострымі выпадкамі ўжо пасьля ўтварэньня вывaратаў у парадку хуткай дапамогі. Гэтыя выпадкі адносяцца да галіны акушэрства. Але акушэрка ў сваёй гінэколёгічнай практыцы будзе назіраць і застарэлыя вывараты і таму яна павінна ўмець распазнаваць іх, ведаць іх паходжаньне і зараз-жа накіроўваць такіх хворых у адпаведную лекавую ўстанову для аказаньня ім неабходнай дапамогі.

РАЗЬДЗЕЛ ВОСЬМЫ

УСПАЛЯЛЬНЫЯ ПРОЦЭСЫ ПОЛАВЫХ ОРГАНАЎ

Усе ўспаляльныя процэсы полавых органаў можна падзяліць на дзьве групы: 1) патолёгічныя процэсы, выкліканыя знадворнымі прычынамі і ўзьнікаючыя на глебе раздражэньняў і зьмен тканак полавага апарата і наступнага пранікненьня мікробаў 2) успаляльныя процэсы, якія выклікаюцца непасрэдна хваробаўтваральнымі мікроорганізмамі.

I. УСПАЛЯЛЬНЫЯ ПРОЦЭСЫ НЯМІКРОБНАГА ПАХОДЖАНЬНЯ

З сучасных лёзунгаў мэдыцыны кожны мэдычны работнік павінен засвоіць сабе наступнае: пры лячэньні трэба мець на ўвазе не хваробу, а хворага, пры лячэньні на першы плян трэба высоўваць увесь організм, паасобныя часткі якога зьвязаны і ўзаемна ўплываюць адна на адну. Добры агульны стан організму павышае яго супраціўляльнасьць і ахоўвае яго ад многіх захворваньняў. Дрэнны агульны стан організму зьніжае ступень яго ўстойлівасьці і супраціўляльнасьці, робіць яго схільным да розных захворваньняў. Такім чынам і пры кожным захворваньні жаночай полавай сфэры трэба мець на ўвазе ня толькі захварэўшы орган, але і ўлічваць і агульны стан організму; інакш кажучы, згодна выразу проф. Выдрына, трэба лячыць ня толькі маціцу, але жанчыну з хворай маціцай.

І сапраўды, ў п а д а к ж ы ў л е н ь н я, м а л а к р о ў е і і н ш ы я х в а р о б ы к р ы в і, а с л а б л е н а я н э р в о в а я с ы с т э м а, р а с с т р о й с т в ы ў н у т р а н а й с э к р э ц ы і і да т. п. часта вядуць да розных патолёгічных зьяў у полавой сфэры, якія выяўляюцца ў выглядзе мэнорагіі, мэтрорагіі, амэнорэі, дысмэнорэі і беляй. Адносна апошніх трэба заўважыць, што многія жанчыны скардзяцца на слабасьць, галавакружэньне і іншыя зьявы малакроўя і тлу-

мачаць іх выдзяленьнямі беляй, між тым як белі ў многіх выпадках зьяўляюцца ня прычынай, а вынікам малакроўя.

Успаляльныя процэсы полавых органаў могуць выклікацца **агульнымі інфэкцыйнымі захворваньнямі** (брушны тыф, сыпны тыф, халера, дызэнтэрыя, шкарлянтына і інш.). Пры гэтых захвораньнях назіраюцца белі і крывяцячэньні. У многіх выпадках яны вядуць да зарастаньня дзявочай плявы і похвы, да атрофіі маціцы і амэнорэі.

Далей, **няправільныя палажэньні маціцы і перакручваньне труб, частыя і бурныя полавыя зносіны, зносіны ў часе мэнструацый, няскончаны полавы акт** (coitus interruptus), **ананізм і хранічныя запоры** — усе гэтыя зьявы вядуць да вэнознага застою крыві, да гіпэрэміі і выклікаюць гіпэрплязію цяглічнай тканкі маціцы і сьлізявой абалонкі яе.

Усякія **мэханічныя сродкі** (маційчныя колцы і другія іншародныя целы ў похве, як супроцьзачатачныя каўпачкі, губкі і інш.), **тэрмічныя сродкі** (занадта гарачыя спрынцаваньні і інш.), **хімічныя сродкі** (моцныя растворы дэзынфэктуючых і прыпальваючых мэдыкамэнтаў), якімі карыстаюцца ў лекавых мэтах і для папярэджаньня цяжарнасьці, могуць выклікаць раздражэньне і нават апёкі прысенкі похвы, самой похвы, шыйкі маціцы і т. д., а пры праніканьні бактэрый у гэтых мясцох разьвіваюцца ўспаляльныя процэсы (вульвіт, вагініт, цэрвіцыт і да т. п.). Упырскваньні ёду ў поласьць маціцы могуць выклікаць патолёгічныя процэсы ў трубах і яечніках (атрофія яечнікаў). Пасьля прыпальваньняў моцнымі растворамі бываюць нават зьязваваньні ў полавых органах.

Урэшце конституцыя, узрост і некаторыя профэсіі могуць адыгрываць значную ролю ва ўзьнікненьні ўспаляльных процэсаў. Так, напрыклад, у клімактэрычным пэрыодзе і ў старым узросце назіраецца так званы старэчны вагініт. Розныя профэсыянальныя шкоднасьці, якім падпадаюць часам работніцы на фабрыках і заводах (пыл, хімічныя атруты, працяглае стаяньне або сядзеньне, вымушанае сагнутае палажэньне тулава і інш.) пры незахоўваньні мерапрыемстваў па ахове працы, уплываюць ня толькі на агульны стан організму, але часта выклікаюць мясцовыя зьмены ў полавым апараце.

Усе гэтыя патолёгічныя процэсы выклікаюць уласьцівыя ім сімптомы: болі ўнізе жывата і ў крыжы, расстройства мэнструацыі

і белі. Назіраецца часамі і бясплоднасьць, а калі наступае цяжарнасьць, апошняя часта заканчваецца выкідкам. Часта церпіць і нэрвовая сыстэма.

З этыолёгіі (прычын) указаных зьмен і патолёгічных процэсаў ужо ясна відаць, якое вялікае значэньне мае профіляктыка для папярэджаньня гэтых захворваньняў. Правільнае жыцьцё, назіраньні за дзейнасьцю кішочніка, агульныя гігіенічныя меры, ахайнае ўтрыманьне знадворных полавых органаў, асабліва ў часе мэнструацый і ў часе выпадковага агульнага інфэкцыйнага захворваньня, нормальнае полавое жыцьцё, зьнішчэньне або хоць зьмяншэньне профэсыянальных шкоднасьцяй—вось тыя профіляктычныя меры, якія могуць уберагчы жанчыну ад многіх захворваньняў.

Лячэньне зводзіцца да зьнішчэньня сымптомаў: супроць беляй прызначаюцца спрынцаваньні похвы тым або іншым дэзынфэктуючым растворам (лізоформ, лізоль, малочная кіслата, марганцава-кіслы калій, спажыўная соль і т. д.). Эрозіі на шыйцы лечаць спрынцаваньнямі або ванначкамі і дрэўнага воцату і прыпальваньнямі 2—5% ляпісам. Пры мэтро-эндомэтрытах карыстаюцца іхтыёлевымі тампонамі або шарыкамі, гарачымі спрынцаваньнямі (36—38°) і ваннамі 2—3 разы на тыдзень у 29—30°, працягласьцю ў 15—20 мінут, з дадаваньнем 1—2 *кг* морскай солі. Пры профузных (збыткоўных) рэгулах прызначаюцца крывасьпыняльныя сродкі (Hydrastis, Viburnum, Secale і інш.).

Само сабою зразумела, што лячэньне зьмен выклікаемых нахіленьнямі і перагібамі маціцы павінна перш-на-перш заключацца ў выпраўленьні гэтых ненормальных палажэньняў.

II. ІНФЭКЦЫЙНЫЯ ЎСПАЛЯЛЬНЫЯ ПРОЦЭСЫ

1. **Гонорэя.** З інфэкцыйных захвораньняў жаночага полавага апарату найбольш пашыраным, і па сваіх выніках вельмі сур'ёзным, зьяўляецца гонорэя.

Узбуджальнікам гэтай хваробы зьяўляецца гонокок, адкрыты Нэйсэрам (мал. 88). Заражэньне гонорэяй адбываецца амаль выключна шляхам полавых зносін. Па-за полавае заражэньне назіраецца ў дзяўчынак пры спаньні ў адным ложку з заражонымі гонорэяй маткамі ці нянькамі, або праз забрудненыя губкі, бялізну і т. д.

Заражоная гонорэяй жанчына можа сваімі забрудненымі рукамі занесьці інфэкцыю ў вока і выклікаць гонорэйнае ўспаленьне сьлізевай абалонкі вока. Гонорэйны яд можа трапіць у вока дзіцяці ў часе радоў пры праходжаньні галоўкі праз інфэктаваныя родавыя шляхі мацеры.

Сымптомы гонорэі звычайна пачынаюць выяўляцца на 3—4 дзень. Асаблівасьці гонорэйнага ўспаленьня заключаюцца ў няўстойлівасьці зьяў вострага пэрыоду, у магчымасьці хуткага заціханьня і пераходу ў скрытую (лятэнтную) форму, у зацяжным характары хронічных форм і ў частых абвастрэньнях процэсу. Апрача таго, перанесеная раз гонорэя не забясьпечвае ад паўторнага заражэньня, інакш кажучы, імунітэту супроць гонорэі няма.

Пры заражэньні жанчыны гонорэяй перш-на-перш паражаецца ніжні аддзел палавага апарата: мачавыпускальны канал, бартолініевы залозы і шыйка маціцы. Потым інфэкцыя праз маціцу пранікае ў фалёпіевы трубы і адсюль гонококі трапляюць у поласьць тазавай брушыны і на яечнікі (узыходзячая гонорэя).



Мал. 88. Гонокок Нэйсэра.

У рэдкіх выпадках гонококі з палавых органаў праз цёк крыві могуць трапіць у суставы, асабліва ў каленны і лакцёвы і выклікаць успаленьне іх абалонкі.

Гонорэя дыягнозуецца на аснове клінічных сымптомаў, а таксама аналізу выдзяленьняў з урэтры, параўрэтральных мяшочкаў похвы і шыйкі маціцы. Трэба адзначыць, што ў хронічных выпадках гонококаў амаль ніколі не знаходзяць.

Гонорэйны вульвіт. Пры **вострым гонорэйным вульвіце** ўся вульва і асабліва малыя губы, клітар і іншыя суседнія часткі робяцца пачырванеўшымі, прыпухшымі і ацёчнымі і пакрыты значнымі гнойнымі выдзяленьнямі. Навокал адтулін выводных пратокаў бартолініевых залоз заўважаюцца пачырваненьні ў выглядзе кропак або плям. Часамі ўспалены выводны праток закаркоўваецца, адбываецца застой выдзяленьняў і ўтвараецца балючая пухліна, дасягаючая велічыні курынага яйка—

вострыбартолініт, які суправаждаецца павышэньнем тэмпэратуры і моцнымі болямі. Часамі гэты так званы несапраўдны абсцэс, г. зн. гнойнік выводнага пратоку, прыходзіцца ўскрываць, але часьцей ён адвольна прарываецца.

Сымптомы: пры вострым вульвіце хворыя скардзяцца на пачуцьцё пякучасьці ў знадворных полавых частках, асабліва пры мочазвыпусканьні, на сьверб, болі і едкія гнойныя выдзяленьні, якія пакідаюць зялёныя або жоўтыя плямы на бялізьне Гэтыя зьявы праз некалькі дзён спыняюцца, за выключэньнем беляй, якія прымаюць упорны характар.

Пры пераходзе процэсу ў хронічны стан хворыя звычайна не заўважваюць ніякіх сымптомаў у сябе, працягваюцца толькі белі, якія афарбоўваюцца ў малочны колер. Пад уплывам гэтых беляй на сьлізевай абалонцы вульвы і на скуры, якая пакрывае знадворную паверхню малых губ, часамі зьяўляюцца разрашчэньні ў выглядзе завостраных бародавак, пад назваю вострых кондылём. Часамі яны разрастаюцца ў такой колькасьці, што нагадваюць цьвятную капусту.

Гонорэйны ўрэтрыт. Амаль што няма выпадку вострага заражэньня гонорэяй, пры якім мачавыпускальны канал ня быў-бы заражоны гэтай інфэкцыяй. Сьлізевая абалонка яго моцна ацякае і часта выпінаецца са знадворнай адтуліны; зьяўляюцца гнойныя выдзяленьні, якія лёгка выявіць пры націсканьні на мачавыпускальны канал праз пярэднюю сьценку похвы.

Скаргі: пякучасьць і рэзь у пачатку акту мачавыпусканьня і частыя позывы.

У некаторых выпадках, ня гледзячы на лячэньне, успаленьне мачавыпускальнага каналу прымае зацяжную хронічную форму.

Гонорэйны цыстыт. З мачавыпускальнага каналу інфэкцыя часта трапляе ў мачавы пузыр і выклікае такія сымптомы, як пачашчанае мачавыпусканьне (прычым кожны раз мачы выходзіць мала, часамі ўсяго некалькі кропель) з моцным болем у канцы мачавыпусканьня, а часамі пасьля яго. Часта за апошнімі кроплямі мачы выдзяляецца некалькі кропель крывы.

Гонорэйны вагініт (кольпіт). Пры вострым успаленьні похвы якія-небудзь бачныя зьмены часта адсутнічаюць. У тых выпадках, дзе яны ёсьць, яны заключаюцца ў моцным пачырваненьні сьлізьніцы і ў збыткоўных гнойных, разьядаючых выдзяленьнях. Злучаючыся часта з вульвітам і ўрэтрытам, востры го-

норэйны вагініт дае тыя-ж сымптомы: пякучасьць, рэзь пры мачавыпусканьні, гарачку, сьверб у знадворных полавых частках.

Пры хранічным ганорэйным вагініце рэдка бываюць заўважны якія-небудзь зьмены. Часамі толькі пры дасьледваньні пальцам адчуваецца шурпатасьць і прамацоўваюцца дробныя, шчыльныя зерняткі, якія знаходзяцца пераважна ў заднім зводзе— гэта так званы зярністы кольпіт.

Галоўны сымптом хранічнага вагініту—таксама белі, якія пакідаюць жоўтыя, або зялёныя плямы на нацельнай і пасьцельнай бялізьне.

Гонорэйнае ўспаленьне мацiцы (*мэтрыт*). Пры заражэньні ганорэяй вельмі часта паражаецца шыйка мацiцы. Знадворны зёў акружаны чырвоным абадком (эрозіяй); з зёву выдзяляецца жоўтавата-зялёны гной; пахвавая частка павялічана, ацёчна і поўнакроўна. У выдзяленьнях з шыйкі мацiцы лёгка выявіць гонококаў (цэрвіцыт).

Пачатковай стадыяй узыходзячай ганорэі лічаць той момант, калі інфэкцыя пачынае распаўсюджвацца вышэй унутранога зёву, г. зн. калі гонококі трапляюць у поласьць мацiцы і паражаюць сьлізевую абалонку і цяглічную тканку яе, у выніку чаго атрымліваецца мэтро-эндомэтрыт, які характарызуецца значным павялічэньнем цела мацiцы. Звычайна да вострых форм ганорэйнага ўспаленьня мацiцы адначасова далучаецца ўспаленьне тазавай брушыны (пэльвэопэрытоніт).

Сымптомы вострай узыходзячай ганорэі: моцныя болі ў жываце, павышэньне тэмпэратуры да 39°, найменшы дотык да жывата выклікае болі. Указаныя зьявы звычайна спыняюцца праз 1—2 тыдні.

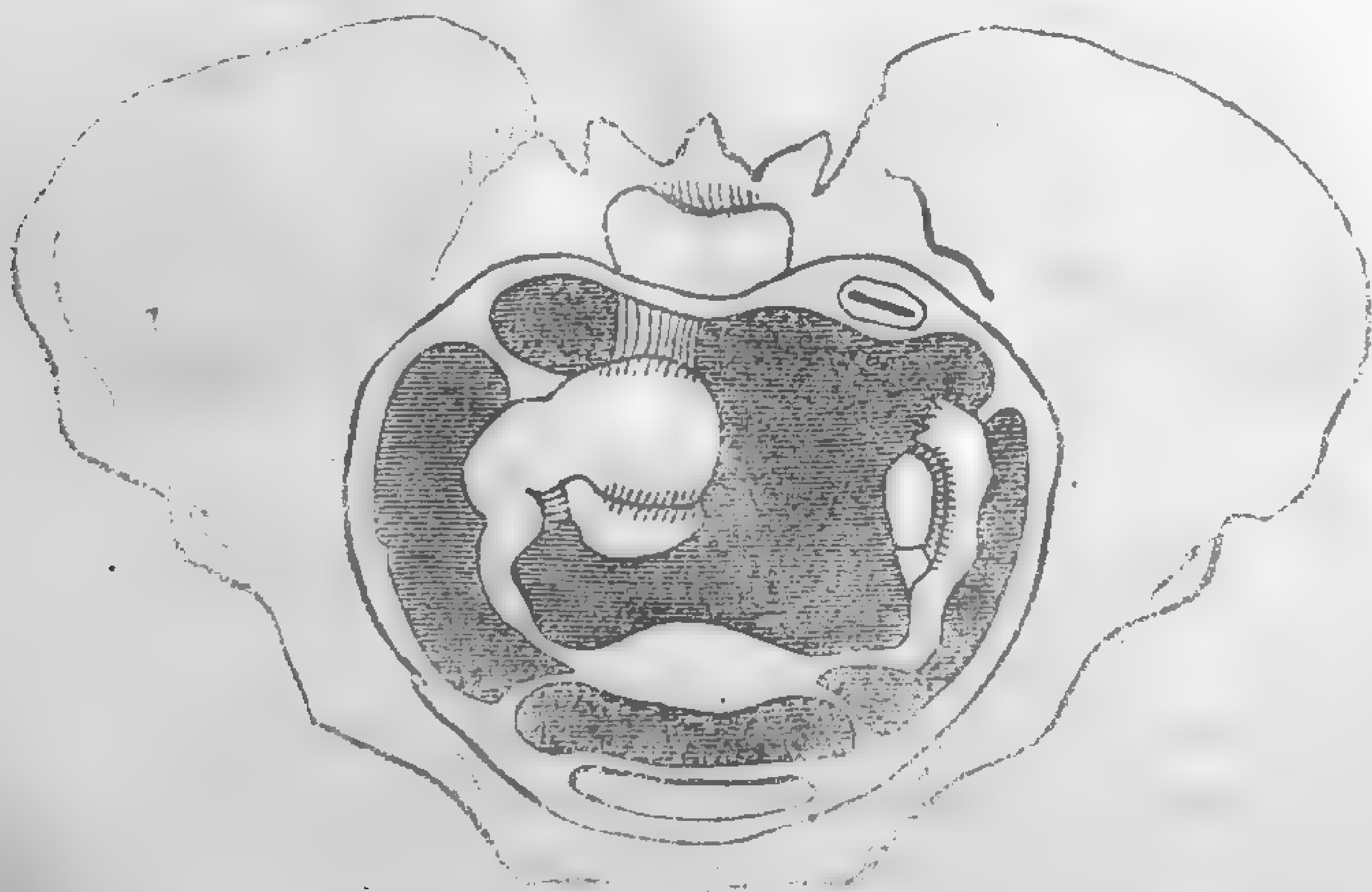
Але працэс узыходжаньня ганорэі можа адбывацца і бяз бурных сымптомаў, няпрыкметна і павольна—і тады разьвіваецца хранічны мэтрыт, а за ім працэс пераходзіць на трубы.

Гонорэйнае ўспаленьне фалёпіевых труб (*сальпінгіт*). Як толькі гонококі трапляюць з поласьці мацiцы ў трубу, раптоўна ўзьнікаюць тыя-ж зьявы, як і пры вострым мэтрыце: павышэньне тэмпэратуры і моцныя болі ўнізе жывата. Пры дасьледваньні труба аказваецца патоўшчанай і навобмацак адчувальнай. Пад уплывам успаленьня сьлізевай абалонкі і накапленьня гною ў трубе адбываецца склейваньне сьценак і ўтвараюцца вузлаватыя патаўшчэньні (вузлаваты сальпінгіт). У выніку склейваньня і зарастаньня абодвых канцоў трубы (мацічнага і бруш-

нога) гнойныя аддзяленьні, не знаходзячы сабе выхаду, расшыраюць трубу і ператвараюць яе ў закрыты, напоўнены гноем мяшок— піосальпінкс. Пад уплывам зьліплівага ўспаленьня навакольнай брушыны гэта мяшотчастая пухліна зрастаецца з яечнікам і суседнімі органамі і звычайна ляжыць ззаду маціцы (мал. 89).

Адначасова з разьвіцьцём успаляльнага процэсу, з утварэньнем піосальпінксаў, пераходам процэсу на яечнікі нарастаюць клінічныя зьявы: тэмпэратура ўсё больш павышаецца, пульс пачашчаецца, болі ўзмацняюцца, асабліва пры наступленьні мэнструацыі; часамі і мачавыпусканьне бывае балючым, і зьяўляюцца болі ў часе дэфэкацыі (апаражнэньне кішочніка). Такі стан можа працягвацца некалькі тыдняў. Потым востры процэс пераходзіць у падвостры: болі крыху зьмяншаюцца, тэмпэратура робіцца субфэбрыльнай (вечарамі даходзіць да 37,5—37,8°) і ўрэшце, процэс пераходзіць у хронічны, часамі абвастраючыся пад уплывам парушэньня дыэты і агульнага рэжыму.

Сальпінгіты з утварэньнем гнойных мяшкоў становяць сабою цяжкае захвораньне. Яны моцна расстройваюць здароўе хворых



Мал. 89. Левабаковы гнойны сальпінгіт і правабаковы гнойнамяшотчасты сальпінгіт.

і прыносяць ім шмат пакут. Пастаянныя болі ўнізе жывата, у паясьніцы і ў крыжы, расстройства месячных (з вялікімі крывацячэньнямі, працяглыя і балючыя), бясплоднасьць з прычыны непраходнасьці труб, расстройствы з боку нэрвовай сыстэмы (нэўра-

стэнія і гістэрыя), працягласьць хваробы, частыя абвастрэньні— усе гэтыя зьявы часта робяць жанчыну непрацаздольнай і інвалідам.

Гонорэйны ўспаляльны процэс не заўсёды даходзіць да ўтварэньня піосальпінксу. Ён можа спыніцца на пэўнай стадыі разьвіцьця, калі інфільрат рассасваецца, труба робіцца праходнай і наступнае выздараўленьне, а пры нормальным функцыянаваньні яечнікаў наступае і цяжарнасьць. Тое-ж можа здарыцца і пад уплывам лячэньня. Але часта труба застаецца зьвілістай і звужанай у розных мясцох спайкамі, і калі ў такой трубе адбываецца запладненьне, дык заплодненае яйцо ня можа прасоўвацца па трубе і папасьці ў мацiцу, яно застаецца ў трубе і там разьвіваецца, г. зн. наступае п а-з а м а ц і ч н а я ц я ж а р н а с ь ц ь. Вось гэтае сур'ёзнае захвораньне і зьяўляецца адным з аддаленых вынікаў гонорэйнага сальпінгіту.

Гонорэйнае ўспаленьне яечнікаў (*оофорыт*). Гонорэйныя оофорыты сустракаюцца таксама часта, як і сальпінгіты, бо ўзьнікшы ў трубах успаляльны процэс, якога-б паходжаньня



Мал. 90. Гонорэйны мэтрыт і аднэксіт.

ён ня быў, захоплівае яечнікі і тазавую брушыну. Ізоляванае ўспаленьне яечніка без папярэдняга ўспаленьня труб і акружаючай іх брушыны амаль не сустракаецца: Захвораньні гэтыя так часта злучаюцца, што іх адносяць да аднэй групы—успаленьне прыдаткаў мацiцы (а д н э к с і т) (мал. 90).

Значэньне ўспаленьня яечнікаў неабходна асабліва падкрэсьліць, ведаючы, якую ролю адыгрывае яечнік у біолёгіі жанчыны. Оофорыты, дзякуючы іх працягласьці і схільнасьці да абвастрэньняў, робяць жанчыну бясплоднай, непрацаздольнай, дачасова старэючай і інвалідам.

Сымптомы, цячэньне, распазнаваньне і лячэньне тыя-ж самыя як і пры ўспаленьні труб.

Гонорэйнае ўспаленьне тазавай брушыны (пэльвэопэрытоніт). Гонорэйнае ўспаленьне прыдаткаў, як вышэй было ўказана, звычайна суправаджаецца ўспаленьнем тазавай брушыны, у выніку чаго можа ўтварыцца эксудат, які вядзе да зьліпаньня суседніх органаў і тым самым абмяжоўваецца ад свабоднай брушной поласьці. Гэты асумкаваны эксудат часамі нагнойваецца і гной накапляецца ў заднім Дуглясе, адкуль ён можа праравацца ў прамую кішку або ў похву.

Сымптомы пэльвэопэрытоніту выступаюць на першы плян і зусім затушоўваць карціну захвораньня труб і яечнікаў.

Гонорэйны пэльвэопэрытоніт, рассасваючыся самастойна або пры адпаведным лячэньні, выклікае зрашчэньне прыдаткаў маціцы з кішочнымі петлямі і сальнікам і пакідае пасьля сябе спайкі і цяжы, якія вядуць да фіксаванага перагібу маціцы.

Гной з фалёпіевых труб можа трапіць у брушную поласьць і выклікаць гонококавы пэрытоніт. Цячэньне яго больш лёгкае і прогноз (прадказаньне) лепшы, чым пры агульным пэрытоніце, які выклікаецца іншымі патогеннымі бактэрыямі.

Лячэньне гонорэйных ўспаленьняў. Як пры ўсякім вострым успаленьні якога-небудзь органу, так і пры вострым успаленьні полавага тракту патрэбен спакой, а таму хворым прызначаецца пасьцельнае ўтрыманьне і забараняюцца полавыя зносіны. Забараняецца таксама ўжываньне вострай і перцай ежы і сьпіртных напіткаў. Прызначаецца малочная дыэта і шмат піцьця.

Лячэньне вульвіту: абмываньне два разы ў дзень знадворных частак цёплай вадой з мылам; пры балючасьці і пры ацёчнасьці—сьвінцовыя прымочкі. Праз некалькі дзён—цёплыя спрынцаваньні сулемой (адна сталовая лыжка 1% раствору) або хлёрыстым цынкам (1 чайная лыжка 25—50% раствору). Змазваньне адтулін пратокаў Бартолініевых залоз 5% растворам ляпісу або протарголю. Вострыя кондылёмы паўторна прысыпаюцца рэзорцынам у сумесі з борнай кіслатой або змазваюцца Liquor ferri serquichlorati, а ў выпадку вялікіх разрашчэньняў зрэзваюцца нажніцамі. Пры бартолініце—прыкладваньне сьвінцовай прымочкі або прымочкі з буравай вадкасьці напалам з вадою, а для паскарэньня высьпяваньня абсцэсу—гарачыя прыпаркі. Калі абсцэс сам ня ўскрываецца, то ўскрываюць яго шырокім разрэзам.

Лячэньне ўрэтрыту: унутр sa'ol або urotropin с бэлядонай. Праз некаторы час змазваньні ўрэтры 1—5% растворам протарголю (3 разы на тыдзень).

Пры цыстыце тыя-ж парашкі ўнутр, а пры сьціханьні вострых сымптомаў—прамываньне мачавога пузыра растворам борнай кіслаты і інш.

Лячэньне вагітніту: спрынцаваньні растворамі сулемы (1:2000), лізоформу ($^1/_2$—1%), лізолю ($^1/_2$—1% і інш.

Лячэньне цэрвіцыту: эрозіі на шыйцы змазваюцца 10% растворам ляпісу або хлёрыстага цынку. Цэрвікальны канал змазваецца тры разы на тыдзень пры дапамозе зонду Плейфэра 5—10% растворам ляпісу або протарголю. Для месцавага лячэньня шыйкі карыстаюцца таксама ваннаачкамі з ачышчанага дрэўнага воцату, які ўліваецца праз цыліндрычнае люстэрка ў такой колькасьці, каб уся шыйка маціцы была пагружана ў вадкасьць. Працягласьць ваннаачкі—5 мінут.

Лячэньне мэтра-эндомэтрыту: у вострай стадыі—спакой і лёд на жывот; пры болях—сьвечкі з опіумам, бэлядонай, пантопонам, морфіем і да т. п. Пры хранічным мэтроэндомэтрыце—цёплыя дэзынфэктуючыя похвавыя спрынцаваньні і іхтыёлё-гліцарынавыя тампоны або шарыкі.

Лячэньне аднэксітаў: у вострым пэрыодзе—абсолютны спакой, лёд на жывот і наркотычныя сродкі. Пры сьціханьні працэсу і нормальнай тэмпэратуры пераходзяць на саграваньныя компрэсы. Пры хранічным аднэксіце—іхтыёлевыя тампоны або шарыкі, гарачыя спрынцаваньні (36—38°), мясцовыя электрычныя ванны, сядзячыя саляныя ванны, гразевае лячэньне (у выглядзе сядзячых ванн або ляпёшак і гразевых похвавых тампонаў) і дыятэрмія. Лячэньне гонококавай вакцынай не знайшло шырокага прымяненьня. У цяжкіх і ўпорных выпадках, якія не паддаюцца ніводнаму з пералічаных спосабаў лячэньня, опэрацыйным шляхам выдаляюць прыдаткі.

Для зьнішчэньня спаек і рубцоў практыкуюць лячэньне пры дапамозе масажаў. Лячэньне пры гэтым мэтодзе можна распачаць толькі ў тым выпадку, калі ёсьць поўная ўпэўненасьць у тым, што ў прыдатках маціцы або навокал яе няма ніякага скапленьня гною, бо інакш пад уплывам разьмінаньня і іншых рухаў гной можа прарвацца ў брушную поласьць і выклікаць пэрытоніт.

З прычыны таго, што ўсе гэтыя мэтоды лячэньня, ужываемыя пры гонорэйных успаленьнях прыдаткаў і тазавай брушыны,

маюць свае паказаньні і супроцьпаказаньні, то яны павінны прызначацца толькі ўрачом. Акушэрка-ж або мэдычная сястра, якой звычайна даручаецца правядзеньне лекавых процэдур, павінна ведаць, што пры самым малым абвастрэньні ўспаляльнага процэсу неабходна зараз-жа спыніць прызначаную процэдуру.

Профіляктыка. Пры апісаньні сымптомаў гонорэі не адзін раз падкрэсьлівалася, што хвароба гэтая мае згубны ўплыў на жаночы організм і што яна можа з квітнеючай і працаздольнай жанчыны зрабіць інваліда. А з прычыны таго, што хвароба гэтая вельмі пашырана як сярод гарадзкога, так і сярод сельскага насельніцтва, трэба лічыць яе соцыяльным злом, з якім неабходна змагацца. Барацьба павінна заключацца ў шырокай санітарна-асьветніцкай рабоце, у азнаямленьні насельніцтва з шляхамі пашырэньня гонорэ, з прыметамі захвораньня і з вынікамі для здароўя.

Для барацьбы з гэтым злом неабходна абсьледваньне асоб якія жывуць у інтэрнатах і ў колектыўных гаспадарках, і сустракаючы паасобныя выпадкі гонорэі, накіроўваць хворых да ўрача для лячэньня.

Акушэрка, працуючы на пункце, павінна весьці гутаркі з жанчынамі аб гігіене полавага жыцьця, а дзяўчатам даводзіць неабходнасьць перад замуствам вымагаць ад мужчыны мэдычнага пасьведчаньня аб стане яго здароўя наогул і аб адсутнасьці ў яго вэнэрычнай хваробы ў прыватнасьці. Заражоным гонорэяй жанчынам яна павінна растлумачваць, што праз дакрананьні да вачэй нячыстымі рукамі яны могуць выклікаць гонорэйнае ўспаленьне вачэй. Гэтых-жа жанчын яна павінна перасьцерагчы ад сумеснага спаньня з дзецьмі і карыстаньня адным ручнікам, адной губкай і т. д. Калі цяжарная жанчына хварэе на гонорэю, то яна павінна пераканаць яе у неабходнасьці правядзеньня родаў у больніцы і, ва ўсякім выпадку, ў прысутнасьці акушэркі. Апошняя зараз-жа пасьля родаў ужыве папераджальныя меры для адхіленьня гонорэйнага захворваньня вачэй у нованароджанага.

2. Сыфіліс (люэс). Заражэньне сыфілісам адбываецца падвойным шляхам: полавым і па-за полавым. У першым выпадку сыфілітычная інфэкцыя адбываецца пры полавых зносінах і сыфілітычны яд пранікае ў організм праз полавыя органы. Пры па-за полавым заражэньні яд сыфілітыка можа трапіць ва ўсякую частку цела здаровага чалавека пры ядзе з адной пасудзіны, пры пацалунку, пры дакурваньні рэшткі папяросы або

[library stamp]

люлькі, пры карыстаньні бялізнаю і іншымі прадметамі, якія судакраналіся з хворым на сыфіліс. Такім шляхам яшчэ ў недалёкім мінулым заражаліся цэлыя вёскі, калі прыяжджаўшы з гораду сыфілітычны хворы заражаў сваю жонку, дзяцей, а гэтыя заражалі суседнюю сям'ю і т. д. і т. д. (бытавы сыфіліс).

Па-за палавым шляхам часта заражаецца акушэрскі пэрсонал пры дасьледваньні жанчын-сыфілітычак пальцамі, на якіх знаходзяцца драпіны або іншае самае малое паражэньне скуры („сыфіліс нявінных").

Узбуджальнікам сыфілісу зьяўляецца бледная спірохэта, адкрытая Шоўдзінам (мал. 91); яна можа пранікаць як у знадворныя, так і ўнутраныя палавыя органы праз наяўныя дэфэкты скуры або сьлізевай абалонкі. Месцам першапачатковага заражэньня. г. зн. утварэньня цьвёрдага шанкру, часьцей за ўсё зьяўляюцца знадворныя палавыя часткі і похвавая частка маціцы. Цьвёрды шанкр становіць сабою язву з празрыстым выдзяленьнем і з гладкім, бліскучым дном, з плоскімі і роўнымі краямі і храстковай асновай. Цьвёрды шанкр амаль заўсёды бывае адзіночным, у адрозьненьне ад мяккага шанкру, пры якім бывае некалькі язваў.


Мал. 91. Сьпірохэта Шаўдзіна.

У сьценках похвы пяршачная язва сустракаецца надта рэдка. На похвавай частцы маціцы язва лёкалізуецца навакол знадворнага зёву і яе не заўсёды лёгка адрозьніць ад звычайнай эрозіі.

Другачныя праявы сыфілісу, у выглядзе розэол і папул, у жанчын заўважаюцца на знадворных палавых органах і на ўнутраной паверхні бёдраў. Асаблівае значэньне маюць так званыя шырокія мокнучыя кондылёмы, якія разьмяшчаюцца на вялікіх і малых губах, на прамежжы навакол задняга праходу і нават на ўнутраной паверхні бёдраў. Гэтыя мокнучыя папулы, спачатку гладкія і чырвоныя, паступова робяцца шэраватымі, іх аддзеліва значна павялічваецца, набывае агідны пах і мае ў сябе вялікую колькасьць спірохэт.

У трацьцёвым пэрыодзе сыфіліс выяўляецца ў выглядзе гум, якія становяць сабою вузлы, разьмешчаныя ў падскурнай тлушчавай клеткавіне і падсьлізевай тканцы.

Сыфілітычныя паражэньні ўнутраных полавых органаў па сваіх сымптомах не адрозьніваюцца ад іншых захворваньняў гэтых органаў. Дыягноз устанаўляецца на аснове наяўнасьці іншых уласьцівых сыфілісу зьяў, дадатнай рэакцыі Васэрмана і мікроскопічнага дасьледваньня.

Клінічная карціна сыфілісу, зьявы,назіраемыя ва ўсіх стадыях яго цячэньня і лячэньне гэтай хваробы апісаны ў падручніках па вэнэролёгіі.

Профіляктыка. Сыфіліс зьяўляецца захворваньнем, з якім неабходна змагацца ў той-жа ступені, як і з гонорэяй. Бытавы сыфіліс, як вышэй гаварылася, можа ахапіць цэлыя вёскі і назіраецца ён звычайна сярод насельніцтва, дзе адсутнічае ўсякая граматнасьць, агульная і санітарная. Таму падняцьце культурнага ўзроўню насельніцтва і ўнядрэньне санітарнай граматнасьці зьяўляецца неабходнай умовай для барацьбы з гэтым вялікім соцыяльным злом. Неабходна прышчапіць насельніцтву элемэнтарныя правілы гігіены і ў першую чаргу тое, што агульнае карыстаньне прадметамі ўжытку недапушчальна. Апрача таго, неабходна растлумачыць, што **сыфіліс**, пры сыстэматычным і правільным лячэньні згодна ўказаньняў урача, можа вылячыць.

У мэтах асабістай профіляктыкі жанчыне пасьля падазроных полавых зносін рэкомэндуецца старанна вымыць зялёным мылам знадворныя полавыя часткі і праспрынцаваць похву растворам сулемы (1 : 1000).

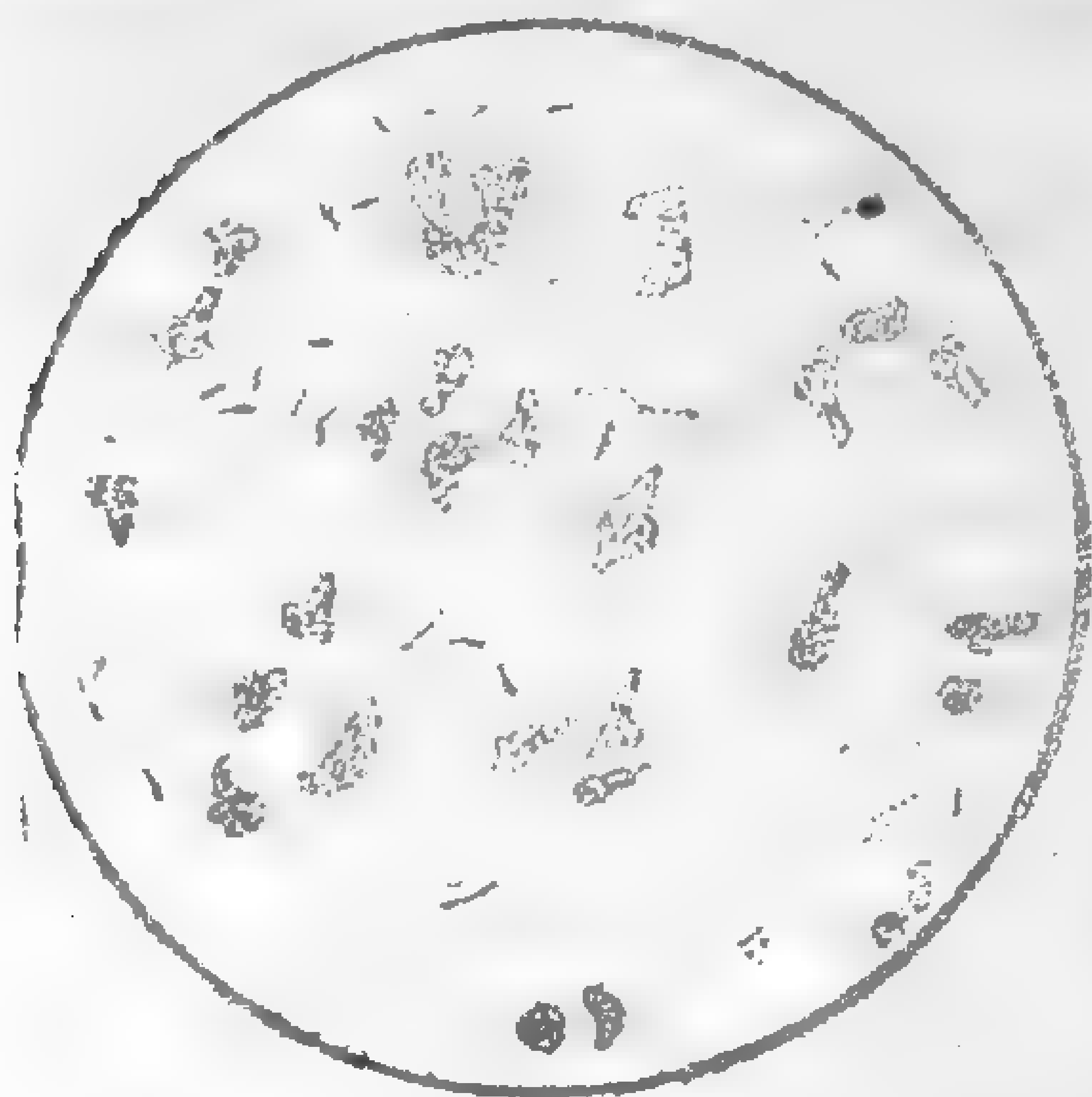
Акушэрка, каб унікнуць заражэньня сыфілісам і магчымасьці перанясеньня інфэкцыі з хворай жанчыны на здаровую, пры неабходнасьці дасьледваць або маніпуліраваць у палавым тракце заражонай сыфілісам жанчыны, павінна надзяваць для гэтай мэты пальчаткі.

Якое важнае значэньне мае профіляктыка сыфілісу і іншых вэнэрычных захворваньняў, відаць з таго, што, дзякуючы санітарна-профіляктычнаму напрамку савецкай мэдыцыны, захворвальнасьць на вэнэрычныя хваробы, як паказвае статыстыка, у нашым Саюзе значна зьнізілася.

3. Тубэркулёз. Тубэркулёзныя захворваньні жаночых полавых органаў, якія выклікаюцца палачкай Коха (мал. 92), у большасьці не зьяўляюцца самастойнымі пяршачнымі паражэньнямі, а становяць сабой другачныя праявы агульнага тубэркулёзу. Тубэркулёз лёгкіх, бронхіальных і брыжэйкавых залоз, кішочніка і брушыны зьяўляецца крыніцаю пашырэньня процэсу на полавую

сфэру. З полавых органаў часьцей за ўсё паражаюцца трубы, яечнікі і брушына.

Пры лячэньні тубэркулёзу полавых органаў галоўная ўвага павінна быць зьвернута на агульнае лячэньне, на ўмацаваньне організму добрым харчаваньнем, знаходжаньнем на сьвежым паветры і да т. п. Мясцовае лячэньне нічым не адрозьніваецца ад лячэньня вострых успаляльных процэсаў іншага паходжаньня. Вялікія пухліны прыдаткаў патрабуюць опэрацыйнага ўмяшаньня. Добрыя вынікі дае ўскрыцьце брушной поласьці і выпусканьне вадкасьці пры эксудатыўнай форме тубэркулёзнага пэрытоніту. Пры зьліплівай форме спрыяльныя вынікі атрымліваюцца ад рэнтгенотэрапіі.



Мал. 92. Тубэркулёзныя палачкі Коха.

4. Сэптычныя захворваньні. Пад сэптычнымі захворваньнямі разумеюцца такія ўспаляльныя процэсы, якія выклікаюцца гноероднымі бактэрыямі. Узбуджальнікамі гэтых захворваньняў зьяўляюцца стрэптокок (мал. 93.), радзей—стафілёкок, кішочная палачка, пнэўмокок, бацылы інфлюэнцы (грыпу) і інш. Названыя бактэрыі могуць пранікаць у організм толькі праз пашкоджаную скуру або сьлізевую абалонку, інакш кажучы, пры наяўнасьці раневай паверхні.



Мал. 93. Стрэптокок.

Часьцей за ўсё сэптычныя захворваньні полавых органаў адбываюцца ў часе родаў і пасьляродавага пэрыоду і пры ўтварэньні нелегальных абортаў, асабліва калі іх робяць бабкі-павітухі. Далей, інфэкцыя можа пранікнуць у полавыя органы ў часе опэрацый на гэтых органах, калі рукі опэратара, інструмэнты, перавязачны матэрыял і матэрыял для швоў былі недастаткова асэптычны. Яшчэ больш небясьпечны ў сэнсе заражэньня опэра-

цыйныя ўмяшаньні, зьвязаныя з ускрыцьцем брушной поласьці. Інфэкцыя можа быць занесена ў выніку невыкананьня правіл асэптыкі даглядаючым пэрсоналам пры ўнутраным дасьледваньні, пры ўвядзеньні люстэркаў, пры спрынцаваньнях, тампонадзе, і да т. п. Разрывы дзявочай плявы і похвы ў часе полавых зносін могуць паслужыць варотамі для пранікненьня хваробаўтваральных бактэрый ва ўнутраныя полавыя органы і за іх межы. Амярцьвелыя фібраматозныя вузлы ў мацiцы, перакручаныя кісты і злаякасныя новаўтварэньні, заражаючыся бактэрыямі, могуць выклікаць сэптычныя захворваньні.

Большасьць выпадкаў зараженьня адбываецца на глебе занясеньня бактэрый **з в о н к у**, пры розных маніпуляцыях на полавых органах рукамі мэдычнага пэрсоналу, інструмантамі, перавязачным матэрыялам і да т. п. Але заражэньне можа адбыцца таксама **і з н у т р ы**, г. зн. бактэрыямі, якія ўжо знаходзяцца ў якім-небудзь месцы організму („самазаражэньне"). Так, напрыклад, бактэры могуць знаходзіцца ў похве, у трубах, у кішочніку і нават у аддаленых органах (мігдаліны, карыёзныя зубы) і адтуль могуць трапіць на раневую паверхню полавага тракту, якая ўтвараецца ў часе родаў, выкідку і опэрацыі, і выклікаць сэптычнае захворваньне.

У залежнасьці ад межаў распаўсюджаньня інфэкцыі, сэптычныя захворваньні бываюць мясцовыя і агульныя. Калі бактэры разьвіваюць свой шкодны ўплыў толькі ў межах **п о л а в а г а т р а к т у** і акружаючых яго тазавай брушыны і клеткавіны, то яны выклікаюць толькі **м е с ц а в ы я ў с п а л я л ь н ы я п р о ц э с ы**. Калі-ж бактэры, распаўсюджваючыся па лімфатычных і крываносных шляхох, трапляюць за межы малога таза або непасрэдна ў брушную поласьць, то яны вядуць да **а г у л ь н а г а з а р а ж э н ь н я** організму.

Апісаньне мясцовых і агульных сэптычных захворваньняў, зьвязаных з родамі і пасьляродавым пэрыодам, падрабязна апісаны ў падручніках акушэрства. Але з гэтымі процэсамі прыходзіцца мець справу і ў гінэколёгіі, бо яны назіраюцца і пасьля гінэколёгічных опэрацый і розных траўматычных пашкоджаньняў ў полавой сфэры. Апрача таго некаторыя пасьляродавыя выпадкі сэптычных захворваньняў прымаюць зацяжны характар і яны з акушэрскіх аддзяленьняў пераходзяць у гінэколёгічныя, дзе праводзіцца пэўнае лячэньне і неабходны догляд.

а) Мясцовыя сэптычныя процэсы. Мясцовыя сэптычныя процэсы працякаюць у выглядзе ўспаленьня маціцы (мэтро-эндомэтрыту), труб і яечнікаў (сальпінго-оофорыту), тазавай брушыны (пэльвэопэрытоніту або пэрымэтрыту) і клеткавіны (парамэтрыту).

Сымптомы, якімі суправаджаюцца пералічаныя месцавыя процэсы, мала чым адрозьняюцца ад апісаных вышэй зьяў, якія назіраюцца пры гонококавым заражэньні. Пры сэптычным эндомэтрыце—павышэньне тэмпэратуры, пачашчаны пульс, болі ўнізе жывата і рэзкая балючасьць маціцы пры ціску, часамі брудныя смуродныя выдзяленьні. Тыя-ж зьявы пры сальпінга-оофорытах і піосальпінксе.

Звычайна ўспаляльныя процэсы ў прыдатках ускладняюцца, як пры ўзыходзячай гонорэі, успаленьнем прылягаючай брушыны, прычым успаленьне гэта можа выяўляцца толькі ў выглядзе зьліплівай формы або ўтварэньня сэрозна-гнойнага ці гнойнага эксудату (пэрымэтрыт, пэльвэопэрытоніт). Апошні можа асумкавацца і запоўніць заднюю Дуглясаву прастору, а пры зарастаньні яе ён разьмяшчаецца ў бакавых або пярэднім аддзеле таза. Асумкаваны выпат можа рассасацца, пакінуўшы пасьля сябе зрашчэньні паміж брушынай, маціцай, прыдаткамі і сумежнымі органамі; у іншым выпадку гной, які накапляецца, прабівае сябе дарогу вонкі, часьцей за ўсё праз прамую кішку, радзей—праз мочавы пузыр і яшчэ радзей—праз похву. У горшым выпадку гной можа пранікнуць у брушную поласьць і выклікаць агульны разьліты пэрытоніт.

Апрача ўказаных вышэй сымптомаў, пры пэрымэтрыце назіраюцца яшчэ наступныя: затрыманы стул, адчуваньне болю пры мачавыпусканьні, напружанасьць брушной сьценкі, часта нудзеньне і ваніты, якія сьведчаць аб раздражэньні брушыны.

Цячэньне і вынік усіх гэтых месцавых сэптычных процэсаў залежаць ад ступені атругнасьці бактэрый, ступені іх распаўсюджанасьці і супраціўленасьці організму. Застаючыся лёкалізаванымі ў поласьці таза, гэтыя процэсы не пагражаюць жыцьцю, але ўсё-ж працякаюць у больш цяжкай форме і прогноз пры іх менш спрыяльны, чым пры заражэньні гонорэяй. Стрэптококавая і стафілёкокавая інфэкцыя можа пашырацца за межы полавага тракту, і месцавы процэ можа, такім чынам, перайсьці ў агульнае заражэньне організму, якое часта вядзе да сьмяротнага выніку.

Тым-жа стрэптококам і стафілёкокам, радзей—кішочнай палачкай, вельмі рэдка —гонококам і туберкулёзнай палачкай—выклікаецца ўспаленьне тазавай клеткавіны—парамэтрыт. Яно ў большасьці назіраецца пасьля родаў. У гінэколёгічнай практыцы парамэтрыты назіраюцца пасьля штучнага выкідку і розных гінэколёгічных опэрацый, пры якіх не захоўваліся строга правілы асэптыкі. Мікробы могуць пранікнуць таксама ў клеткавіну таза з шыйкі маціцы і похвы хворай пры розных маніпуляцыях на маціцы.

Захворваньне на парамэтрыт пачынаецца звычайна аднаразовым азнобам, сьледам за якім павышаецца тэмпэратура да 39° і вышэй. К раніцы тэмпэратура зьніжаецца да 37,5—38,5°. Такія пад'ёмы па вечарох і паніжэньні раніцою без азнобаў назіраюцца на працягу вострага пэрыоду хваробы і характэрны для парамэтрыту. Аднačасова пачашчаецца пульс, зьяўляюцца болі ўнізе жывата, часьцей з аднаго боку. Пры ўнутраным дасьледваньні збоку ад маціцы, а часамі ззаду або сьпераду адчуваецца невялікая рэзыстэнтнасьць. Праз некалькі дзён ясна прамацваецца інфільтрат, які адхіляе маціцу ў супроцьлеглы бок. У лёгкіх выпадках процэс далей не разьвіваецца і праз 2—3 тыдні інфільтрат рассасваецца, не пакідаючы пасьля сябе ніякіх сьлядоў. Адначасова зьнікаюць усе сымптомы хваробы.

У больш цяжкіх выпадках эксудат начынае павялічвацца і выпіраць задні, пярэдні і абодва бакавыя зводы і акружае маціцу. З цягам часу ён выходзіць з малога таза і нярэдка даходзіць да узроўню пупка. Контуры маціцы тады не вызначаюцца; яна замуравана з усіх бакоў. Ясна прамацваецца знадворку цьвёрдая, нярухомая пухліна. Агульны стан хворай значна пагаршаецца, тэмпэратура ўвесь час павышана, да ранейшых сымптомаў далучаюцца труднасьці і болі пры дэфэкацыі і мачавыпусканьні і хворая прыкоўваецца да ложка на многа месяцаў. У далейшым і такой велічыні эксудат паступова зморшчваецца, зьмяншаецца і, урэшце, рассасваецца, пакідаючы пасьля сябе цяжы і спайкі, якія вядуць да адхіленьняў і перагібаў маціцы. Характарнымі асаблівасьцямі рассасвальнага эксудату зьяўляюцца яго шчыльная консыстэнцыя, нероўная паверхня, нярухомасьць і зрашчэньне са сьценкай таза.

Адначасова з рассасваньнем эксудату, паступова зьніжаецца тэмпэратура, яна робіцца субфэбрыльнай, потым нормальнай, болі сьціхаюць, зьяўляецца апэтыт і хворая пачынае папраўляцца. Пры гэтым цячэньні парамэтрыту рэгулы звычайна не зьяў-

ляюцца, а калі і прыходзяць, то суправаджаюцца лёгкім абвастрэньнем працэсу (невялікае павышэньне тэмпэратуры і болі).

Але пэрамэтрычны эксудат можа набыць іншае лячэньне: ў пухліне зьяўляецца адзін або некалькі гнойных фокусаў, якія потым зьліваюцца ў адзін гнайнік і ўтвараюць так званы пэрамэтрычны абсцэс. Пухліна робіцца мяккай і ў некаторых мясцох флюктуючай. Зьмена тэмпэратурнай крывой і пачашчэньне пульсу адразу ўказвае на абсцэс, які пачынае фармавацца. Тэмпэратура набывае рэмітыруючы характар; раніцою яна падае да 37,0° і ніжэй, и па вечарох паднімаецца да 39,0° і вышэй. Пульс—110—130 удараў у мінуту. Агульны стан хворай значна пагаршаецца. Калі абсцэс своечасова ня будзе ўскрыты, то ён сам знаходзіць дарогу вонкі, прарываючыся праз адзін з наступных шляхоў: праз мачавы пузыр, прамую кішку, похву, праз пярэднюю брушную сьценку над пупартавай зьвязкай і праз сядальную адтуліну. Адначасова з выдзяленьнем збыткоўнай колькасьці гною праз адзін з указаных шляхоў тэмпэратура спадае амаль да нормы. Хворая адчувае значнае палягчэньне і здароўе яе аднаўляецца. Вельмі рэдка гнойнік ускрываецца ў брушную поласьць, выклікаючы гнойны пэрытоніт.

Лячэньне мясцовых сэптычных працэсаў мала чым адрозьніваецца ад лячэньня месцавых успаляльных працэсаў гонорэйнага паходжаньня. У вострай стадыі таксама, як і там, прызначаецца холад на жывот і абсолютны спакой. Калі сымптомы вострай стадыі сьціхаюць і тэмпэратура робіцца нормальнай, то пасьля двух тыдняў прыступаюць да рассасваючых мэтадаў лячэньня (гідротэрапія, электротэрапія, іхтыёлевыя тампоны і т. д.). Пры ўтварэньні гнойных абсцэсаў, калі яны самі своечасова не прарываюцца, належыць доўга не чакаючы ўскрываць іх.

Апрача месцавага лячэньня, неабходна ўдзяліць увагу агульнаму стану і харчаваньню хворай (лёгкая пажыўная ежа даецца часта і невялікімі порцыямі). У многіх выпадках прыходзіцца ўжываць і сымптоматычнае лячэньне, а іменна: пры запорах—лёгкія развальняючыя, паслабляючыя мінэральныя воды, клізмы, пры болях—бэлядону, пантопон, пры бяссоньніцы—бромістыя прэпараты і да т. п.

б. Агульнае сэптычнае заражэньне. Агульны разьліты гнойны пэрытоніт. На папярэдніх старонках ужо ўказвалася, што гнойная мяшотчастая пухліна фалёпіевых труб (піосальпінкс)

і асумкаваныя гнойныя пэрымэтрычныя і парамэтрычныя эксудаты могуць ускрыцца ў брушную поласьць і выклікаць агульны разьліты пэрытон.т. Таксама гнойны сакрэт труб, маціцы і похвы, трапіўшы ў брушную поласьць у часе опэрацыі чэравасячэньня, вядзе да разьвіцьця агульнага пэрытоніту. Апошні можа разьвіцца таксама пасьля разрыву маціцы ў часе родаў, пасьля пэрфорацыі (прабадзеньня) маціцы якім небудзь інструмантам у часе штучнага аборту і т. д.

Агульны пэрытоніт дае наступныя цяжкія характарныя сымптомы: высокая тэмпэратура, пачашчэньне з кожным днём пульсу (120—140 у 1 мінуту), які ў далейшым робіцца ніцепадобным, пачашчанае павярхоўнае дыханьне, затрымка газаў, уздуцьце жывата, моцнае напружаньне брушной сьценкі, балючасьць жывата пры самым малым дакрананьні да яго, моцная смага, сухі абкладзены язык, нудзеньне, ванты і часта ікаўка. Характарны таксама выгляд хворай: зямлісты колер твару, запалыя вочы, завостраны нос, непакойлівы, трывожны выраз твару. Прадказаньне ў значнай большасьці выпадкаў безнадзейнае.

Хвароба звычайна цягнецца ня больш 7—9 дзён. Але бывае і маланкападобнае цячэньне хваробы, калі бурныя зьявы разьвіваюцца з такою хуткасьцю, што хворая праз 1—2 сутак гіне.

Лячэньне. Як толькі пасьля гінэколёгічнага чэравасячэньня або іншай опэрацыі зьяуляюцца першыя сымптомы пэрытоніту, то адмяняюцца ўсякія развальняючыя, уводзіцца газаадводная трубка, прызначаюцца наркотычныя сродкі (белядона, опій, морфій), лёд на жывот і ўліваньне фізыолёгічнага раствору пад скуру. Калі пэрытонічныя зьявы не спыняюцца на працягу 12—24 гадзін, то трэба рабіць опэрацыю.

Сэптычныя тромбофлёбіты. У разьдзеле „Пасьляопэрацыйныя ускладненьні“ было ўказана, што ў ліку іх назіраецца закаркоўваньне тазавых і бядровых вэн (тромбоз). Калі опэрацыя ускладняецца сэптычным гнойным процэсам, то інфэкцыя, пашыраючыся па крывяносных шляхох, можа пранікнуць у тазавыя і бядровыя вэны і выклікаць сэптычныя тромбофлёбіты. Паражэньне павярхоўных вэн характарызуецца нязначным павышэньнем тэмпэратуры, пачашчэньнем пульсу, пачырваненьнем і балючасьцю скуры над паражонай вэнай. Пры адпаведным лячэньні і доглядзе за хворай (поўны спакой, узвышанае палажэньне канцавін і саграваныя компрэсы) усе памянёныя зьявы праз 10—15 дзён зьнікаюць.

Больш сур'ёзным зьяўляецца тромбофлёбіт глыбокіх вэн таза і бядра. Пры гэтых сэптычных тромбофлёбітах тэмпэратура павышецца да 39—40°, пульс пачашчаецца, хворая канцавіна ацякае і павялічваецца ў аб'ёме, скура робіцца падобнай да воску і блікучай, рухі затруднены і балючы. Гэта захворваньне надоўга прыкоўвае хворых да ложка.

Небясьпека тромбофлёбітаў у тым, што кавалачкі тромбу могуць адарвацца, крывяным цёкам занесьціся і закаркаваць галінку лёгачнай артэрыі або мозгавую судзіну і выклікаць хуткую сьмерць ад эмболіі пры зьявах цыянозу (сінюхі), задышкі і расстройства сярдэчнай дзейнасьці.

Лячэньне, як вышэй было ўказана, выяўляецца ў поўным спакоі хворай, у прыпаднятым палажэньні хворай нагі і ў сагравальных компрэсах. Рухі дазваляюцца не раней, як праз два тыдні пасьля зьніжэньня тэмпэратуры і зьнікненьня балючасьці. Значна пазьней рэкомэндуецца лячэньне ваннамі і гразелячэньнем.

Піэмія. Пад піэміяй (у літаральным перакладзе—гноекроўе) разумеюць такое сэптычнае захворваньне, пры якім частачкі гнойнага распаду тромбу разам з бактэрыямі трапляюць у кроў і вядуць да агульнага заражэньня організму і да ўтварэньня гнойных фокусаў у аддаленых органах.

Клінічная карціна піэміі падрабязна апісваецца ў падручніках па акушэрству і хірургіі. Тут мы адзначым галоўнейшыя сымптомы. Такімі зьяўляюцца патрасаючыя азнобы, якія часта паўтараюцца і лік якіх на працягу хваробы можа даходзіць да 50—70. Пасьля кожнага азнобу тэмпэратура павышаецца да 40—41° і адчуваецца моцная гарачка. Праз некалькі гадзін зьяўляецца збыткоўны пот і тэмпэратура зьніжаецца да нормы. Частасьць пульсу адпавядае ўзрастаньням тэмпэратуры. У прамежках паміж прыступамі бывае добрае самапачуцьцё. Наогул-жа карціна піэміі нагадвае карціну перамежыстай ліхарадкі.

Калі гнойныя частачкі тромбаў трапляюць у лёгачную сетку судзін, то ўтвараюцца інфаркты і разьвіваецца мэтастатычная пнэўмонія. Да яе можа далучыцца і гнойны плэўрыт. Гэтыя ускладненьні даюць уласьцівыя ім сымптомы: колікі ў грудзях і сьпіне, задышку, крывяхарканьне, выдзяленьне гнойнага харкавіньня і да т. п. Мэтастазы могуць зьявіцца і ў іншых органах (нырках, печані, суставах). Пазьней разьвіваюцца паміжцяглічныя і падскурныя мэтастазы ў выглядзе гнойнікаў на канцавінах і ў скуры сядальнай і крыжавой вобласьцяй.

Працягласьць хваробы ад 1 да 2 месяцаў.

Сьмяротнасьць—30—40 проц.

Сэптыцэмія (сэпсіс). Пад сэптыцэміяй (літаральны пераклад —заражэньне крыві) разумеюць агульнае заражэньне організму, выклікаемае хуткім і значным размнажэньнем бактэрый у крыві і высокай іх вірулентнасьцю (атрутнасьцю).

Клінічныя **сымптомы** разьвіваюцца хутка і хворыя робяць цяжкае ўражаньне. Тэмпэратура ўвесь час высокая (40—41°) пульс пачашчаны (120—130), дыханьне паскоранае, жывот уздуты (мэтэорызм), язык сухі і абкладзены, часта бывае вольнасьць. Даволі рана зацямняецца прытомнасьць і зьяўляецца брэд. Хворыя ўсё робяць пад сябе, зьяўляецца цыяноз (сінюха) і пахаладаньне канцавін. Сьмерць часамі надыходзіць праз некалькі дзён.

Лячэньне агульнай сэптычнай інфэкцыі імкнецца, па першае, да таго, каб увядзеньнем у організм розных хімічных прэпаратаў зьнішчыць трапіўшыя ў яго ядавітыя мікробы, і па-другое, каб павысіць абаронныя сілы організму, яго супраціўляльнасьць і зьнішчыць або паслабіць цяжкія сымптомы.

Для дасягненьня першай мэты, г. зн. для барацьбы з мікробамі прапанавана шмат сродкаў: увядзеньне ўнутрывэнна, падскурна і праз прамую кішку колярголю, электрарголю, рыванолю, хлёрыстага кальцыю,уротропіну, розных сыроватак, фізыолёгічнага раствору солі, алькоголю і інш. Гэтая вялікая колькасьць прапанаваных сродкаў гаворыць за тое, што ніводны з іх няпэўны. І сапраўды, дасягнутыя гэтым шляхам посьпехі нязначныя.

Значна важнейшы другі шлях, на які павінна быць накіравана лячэньне сэпсісу і які заключаецца ў павышэньні жыцьцёвых сіл організму і ва ўзмацненьні яго супраціўляльнасьці мікробным ядам.

Для дасягненьня гэтай мэты неабходны самы **пільны догляд** сэптычнай хворай, які заключаецца ў правільным харчаваньні хворай, ва ўтрыманьні ўсяго цела, канцавін і роту ў чыстаце (штодзенныя абціраньні цеплаватай вадой з пахучым воцатам, гарэлкай, одэколёнам), у значным увядзеньні цёплай вадкасьці, у назіраньні за функцыяй нырак, кішочніка і да т. п.

Многія гінэколёгі надаюць вялікае значэньне **ўжываньню алькоголю** пры лячэньні сэптычных процэсаў. Яны прызначаюць яго ўнутр у вялікіх колькасьцях, бачачы ў ім сродак, які ахоўвае організм ад згараньня і распаду бялкоў, узмацняе сардэчную дзейнасьць і часткова зьніжае тэмпэратуру. Але

алькоголь павінен прызначацца ня ў выглядзе розных він, якія маюць у сабе 5—6° сьпірту, а ў выгдядзе коньяку або 96 градуснага сьпірту, разьведзенага напалам з вадою. Ліхарадзячыя хворыя, якія ў здаровым стане п'янеюць ад некалькіх чарак віна, звычайна лёгка пераносяць вялікія колькасьці моцнага сьпірту. Боязьнь акружаючых і саміх хворых, што алькоголь можа павысіць і без таго высокую тэмпэратуру, вядома, беспадстаўная.

Пры доглядзе за сэптычнай хворай неабходна сачыць за своечасным адхіленьнем або хаця-б палягчэньнем цяжкіх сымптомаў. Сэптычная хворая, такім чынам, патрабуе і сымптоматычнага лячэньня (камфара, дыгален, строфант, кофэін—пры слабой сардэчнай дзейнасьці, бромістыя прэпараты—пры расстройстве нэрвовай сыстэмы, адхарківаючыя сродкі супроць кашлю, развальняючыя—супроць закораў, стрымліваючыя—супроць вольнасьці і да т. п.

Выяўленыя мэтастатычныя падскурныя абсцэсы ўскрываюцца опэрацыйным шляхам.

Профіляктыка. Пры ўсіх пошуках сапраўднага сродку супроць сэпсісу і пры пэўных посьпехах дасягнутых правільным доглядам, усё-ж у барацьбе з гэтымі грознымі захворваньнямі, якія даюць колёсальны процант сьмяротнасьці, першае месца павінна займаць **профіляктыка**, г. зн. неабходны мерапрыемствы для забесьпячэньня організму жанчыны ад унядрэньня ў яго хваробатворных бактэрый. У ліку гэтых мерапрыемстваў на першым пляне павінна стаяць правільная пастаноўка справы дапамогі пры родах, пры якой жанчына магла-б правodзіць свае роды і пасьляродавы пэрыод у гігіенічнай абстаноўцы, з мінімальнаю рызыкаю для яе здароўя. Савецкая мэдыцына і галоўны яе аддзел—ахова мацярынства і маладзенства,—зрабілі многае ў гэтых адносінах для гораду. Вёска-ж у справе дапамогі пры родах яшчэ значна адстае і не пасьпявае за бурным ростам яе гаспадаркі і кадраў працоўных жанчын.

У вёсцы і часткова ў горадзе трэба яшчэ змагацца са злачыннымі абортамі, якія ўносяць у магілу многа афяр сэптычных захворваньняў.

Ня менш, чым пры родах, неабходна самае строгае захаваньне правіл асэптыкі і пры опэрацыйных умяшаньнях.

Вялізарнае значэньне ў сэнсе аховы жанчыны ад занясеньня інфэкцыі або ад далейшага яе пашырэньня мае правільны догляд у пасьляродавым і пасьляопэрацыйным пэрыодах.

Усе гэтыя профіляктычныя меры могуць значна зьнізіць і ў апошні час, дзякуючы профіляктычнаму напрамку савецкай мэдыцыны, значна зьнізілі захворвальнасьць на сэпсіс і сьмяротнасьць ад яго.

І якраз у гэтай галіне **роля акушэркі** вельмі значная, адказная і разам з тым вельмі ўдзячная. Адказная яна таму, што пры самым малым ухіленьні ў асэптычным вядзеньні родаў, пры нязначнай пагрэшнасьці ў пасьляродавым пэрыодзе яна можа нарабіць шмат бяды. Залішняе ўнутранае дасьледваньне ў часе родаў, абмываньне знадворных полавых частак негатаванай вадой, ужываньне нячыстага наканцоўніка, падкладаньне бруднай подсьцілкі, дрэнна прастэрылізаванай ваты і марлі, неахайны догляд за швамі—усё гэта можа зрабіць жанчыне непапраўную шкоду. Акушэрка павінна памятаць, што ўсякае параненьне ў часе родаў, у выглядзе раны, трэшчыны, а тым больш разрыву прамежжа, похвы, шыйкі маціцы і суцэльная рана, якую становіць сабою ўнутраная паверхня маціцы пасьля родаў, зьяўляюцца ўваходнымі варотамі для хваробаўтваральных бактэрый.

Акушэрка, апрача таго, нясе вялікую адказнасьць у якасьці опэрацыйнай сястры. Колькі зла яна можа зрабіць опэруемай жанчыне, калі яна ў часе опэрацыі падасьць опэратуру недастаткова прастэрылізаваны інструмант або марлевы тампон!

А разам з тым, як многа можа зрабіць акушэрка для радзіўшай ці для опэраванай жанчыны або нават для захварэўшай жанчыны сваімі ўважлівымі адносінамі і добрасумленным доглядам, сваімі клопатамі аб спакоі і аб правільным харчаваньні. У барацьбе з пагражаючым сэпсісам перамога будзе за ёю—і тады роля акушэркі будзе ня толькі значнай, але і сапраўды ўдзячнай.

РАЗЬДЗЕЛ ДЗЕВЯТЫ

ПУХЛІНЫ

Пухліны сустракаюцца ў полавым апараце жанчыны або ў выглядзе рэтэнцыйных кіст, або ў выглядзе новаўтварэньняў. Рэтэнцыйная кіста—гэта пухліна, якая ўтвараецца з прычыны затрымкі выдзяленьняў якой-небудзь залозы або ў выніку скапленьня вадкасьці (сыраватка, гной, кроў, сьлізь) у якой-небудзь замкнутай поласьці. Новаўтварэньне—гэта пухліна, якая разьвіваецца ў якім-небудзь органе з прычыны размнажэньня і росту яго тканкавых элемэнтаў.

1. РЭТЭНЦЫЙНЫЯ КІСТЫ

Кісты Бартолініевых залоз. Рэтэнцыйныя кісты часьцей за ўсё ўтвараюцца на глебе ўспаляльнага процэсу, якія вядзе да закаркоўваньня выводных пратокаў залозы і да ўтварэньня мяшка, напоўненага вадкасьцю. Такім шляхам утвараюцца кісты Бартолініевых залоз у выніку пераважна гонококавага ўспаленьня. Гэтыя кісты вялікіх разьмераў не дасягаюць і ніякіх сымптомаў не даюць; яны могуць зьяўляцца толькі некаторай перашкодай да полавых зносін.

Кісты похвы. Радзей сустракаюцца кісты похвы, якія сядзяць звычайна на пярэдняй або бакавой сьценцы і выяўляюцца пры похвавым дасьледваньні. Яны, як і кісты Бартолініевых залоз, бязбольныя.

Лячэньне тых і другіх кіст зводзіцца да вылушчэньня іх.

На похвавай частцы шыйкі часта ўтвараюцца невялічкія кісты ў выглядзе пузыркоў велічынёю з прасяное зерне або гарошыну. Яны носяць назву Ovula Nabothi. Звычайна іх бывае некалькі.

Лячэньне іх зводзіцца да апаражненьня пузыркоў шляхам скарыфікацыі (гл. вышэй), прычым з іх выдзяляецца сьлізавае або гнойна-сьлізавае зьмесьціва.

Кісты Фалёпіевых труб. Нам ужо вядома, што пры гонорэйным успаленьні трубы ў ёй накапляецца гной, пад уплывам якога атрымліваецца зьліплівае ўспаленьне брушыны навокал трубы і зарастаньне абодвых канцоў яе. Гной, які скапляецца пры гэтым, не знаходзячы выхаду, расьцягвае трубу і атрымліваецца мяшотчастая пухліна, напоўненая гноем—**піосальпінкс**. Калі зьмесьціва трубы будзе сэрозным, то такая кіста называецца **гідросальпінксам**, а калі ў ёй ёсьць кроў, то яна носіць назву **гэматосальпінксу**. Апошні від рэтэнцыйнай кісты часьцей за ўсё ўзьнікае на глебе парушанай па-за мацічнай цяжарнасьці, або калі мэнструальная кроў, накопленая ў поласьці маціцы (гэматомэтра) з прычыны зарастаньня шыйкі маціцы або похвы, ня мае адцёку вонкі.

Указаныя пухліны труб маюць кілбасападобную форму і бываюць велічынёю часам з кулак. Консыстэнцыя іх элястычная і пры абмацваньні адчуваецца флюктуацыя (зыбаньне). Контуры іх звычайна лёгка вызначаюцца, бо ў адрозьненьне ад парапэрымэтрычных эксудатаў, ня зьліваюцца са сьценкамі таза.

Сымптомы і лячэньне залежыць ад прычын іх узьнікненьня.

Кісты яечнікаў. У яечніках рэтэнцыйныя кісты ўтвараюцца з граафавых пузыркоў (фолікулярныя кісты). Як вядома, у нормальных умовах сьпелы граафаў пузырок лопаецца і разам з фолікулярнай вадкасьцю, якая выліваецца адтуль, яйцо трапляе ў поласьць брушыны. Але калі пад уплывам успаляльных процэсаў абалонка яечніка ўшчыльняецца, то дасьпеўшы граафаў пузырок ня ў стане разарваць абалонку і сваячасова ўскрыцца. Тады яйцовая клетка, што знаходзіцца ў ім, гіне і граафаў пузырок ператвараецца ў маленькую рэтэнцыйную кісту. У далейшым кіста павялічваецца ў выніку трансудацыі вадкасьці з навакольных судзін у яе поласьць і ператвараецца ў вялікую аднакамерную рэтэнцыйную кісту, якая павольна расьце і можа дасягнуць разьмеру кулака. Калі ў адным яечніку разьвіваецца некалькі кіст, то атрымліваецца многакамерная кіста. Рост гэтых пухлін адбываецца выключна за кошт павялічэньня колькасьці вадкасьці, якая зьмяшчаецца ў іх.

Клінічныя сымптомы, ускладненьні і лячэньне гл. ніжэй (пухліны яечнікаў).

II. НОВАЎТВАРЭНЬНІ

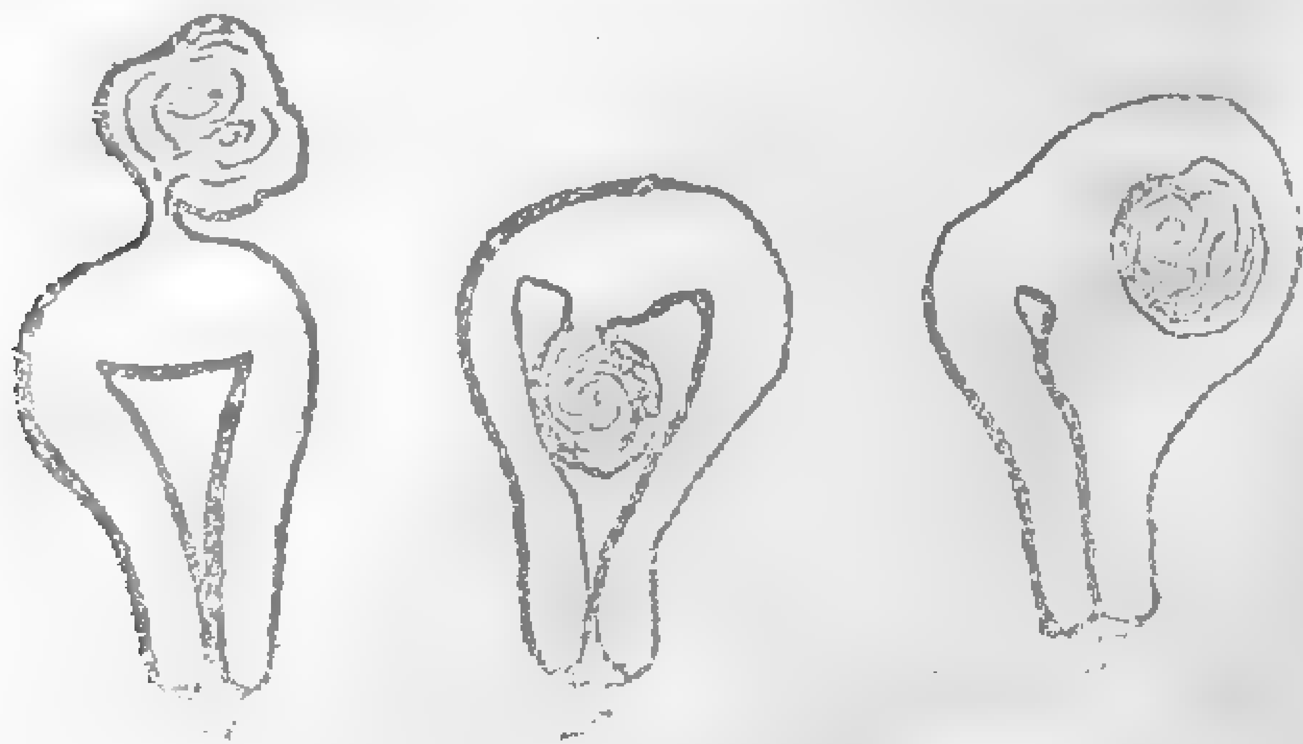
Як вышэй было ўказана, да новаўтварэньняў жаночых полавых органаў належаць тыя пухліны, якія нарастаюць за кошт росту тканкі. Прычыны паходжаньня такіх пухлін да гэтага часу яшчэ ня высьветлены, хоць наконт гэтага ёсьць многа тэорый.

Адрозьніваюць новаўтварэньні добраякасныя і злаякасныя.

Да добраякасных пухлін належаць тыя, якія маюць мясцовы характар, на іншыя органы або тканкі не пераходзяць і пры адсутнасьці ускладненьняў на агульны стан організму рэзка ня дзейнічаюць.

Да злоякасных пухлін належаць тыя, якія прарастаюць у навакольныя тканкі і іх руйнуюць, даюць мэтастазы і рэцыдывы пасьля выдаленьня і выпрацоўваюць атрутныя матэрыі, якімі атручваюць організм.

I. **Добраякасныя новаўтварэньні.** Да добраякасных новаўтварэньняў належаць фібромы і міомы (часьцей злучэньне абедзьвюх—фіброміомы), а таксама кістомы розных відаў.



Мал. 94. (Схэматычна) а) субсэрозная фіброміома, б) субмукозная фіброміома, в) інтэрстыцыяльная фіброміома.

Фіброміомы. Фіброміомамі называюцца тыя пухліны, якія складаюцца са злучальнай і цяглічнай тканкі. Калі ў пухліне пераважае злучальная тканка, то яна называецца фібромай, а пры пераважаньні цяглічных валокнаў, яна носіць назву міомы.

Фіброміомы часьцей за ўсё сустракаюцца ў маціцы, але яны назіраюцца таксама ў похве, трубах і мацічных зьвязках. Фіброміомы маціцы сустракаюцца так часта, што па думцы многіх аўтароў амаль кожная дзесятая жанчына мае па аднэй або па некалькі такіх пухлін у маціцы.

Фіброміомы маціцы па месцы разьмяшчэньня падзяляюцца на падбрушныя (субсэрозныя), унутрысьценачныя або міжцягліч-ныя (інтэрстыцыяльныя) і пасьлізьнічныя (субумкозныя) Апошнія маюць часамі выгляд поліпаў, злучаных пры дапамозе ножкі з мацічнай сьценкай або дном (мал. 94).

Субсэрозныя фіброміомы разьвіваюцца ў маціцы пад брушынным пакрыцьцём яе ў выглядзе паасобных невялікіх вузлоў, а пры далейшым росьце яны могуць дасягнуць такіх разьмераў, што запаўняюць усю брушную поласьць (мал. 95, 96).

Пры наяўнасьці множных фіброматозных вузлоў, якія сядзяць на маціцы шырокаю асноваю, паверхня маціцы здаецца няроўнай і бугрыстай. Консыстэнцыя гэтых пухлін цьвёрдая, шчыльная.



Мал. 95. Велічыня жывата пры фіброміоме, опэраванай д-рам Кузьнецкім.

Субсэрозныя фіброміомы рэдка выклікаюць якія-небудзь сымптомы і скаргі з боку хворых. Пры нязначнай велічыні пухліны жанчына нават не падазрае аб яе існаваньні. Але пухліна, дасягаючая значнай велічыні, можа выклікаць хваравітыя зьявы сваім ціскам на нэрвы і суседнія органы. Крывяцячэньні пры субсэрозных фіброміомах амаль не назіраюцца.

Інтэрстыцыяльныя фібраміомы зьмяшчаюцца ў тоўшчы маціцы, у яе цяглічным пласьце і надаюць ёй шаратападобную форму (мал. 97).

З сымптомаў, назіраемых пры гэтай катэгорыі фібраміом, належыць адзначыць працяглыя мэнструацыі са значнымі вы-



Мал. 96. Субсэрозныя міомы.

дзяленьнямі крыві (мэнарагіі), болі ўнізе жывата і ў паясьніцы, расстройства мачавыпусканьня і інш.

Падсьлізьнічныя фібраміомы, разьвіваючыся ў напрамку да поласьці маціцы, павялічваючы і расьцягваючы яе, суправаджаюцца вялікімі, амаль заўсёднымі крывацячэньнямі, якія могуць давесьці хворую да высокай ступені анэміі і—пры адсутнасьці дапамогі—нават да сьмерці (мал. 98).

Падсьлізьнічны поліп, сядзячы на ножцы, пры далейшым росьце выклікае, падобна ўсякаму іншароднаму цела ў маціцы, мацічныя скарачэньні, дзякуючы якім ён выпіхваецца з поласьці маціцы ў похву. Гэтае „нараджэньне" поліпу суправаджаецца схваткападобнымі болямі і выдзяленьнем крыві.

Уплыў фіброміом на цяжарнасьць і роды выяўляецца ў наступным. Часта фіброміомы зьяўляюцца перашкодаю для зачацьця і таму яны часта суправаджаюцца бясплоднасьцю. Калі-ж цяжарнасьць наступае, то пры субсэрозных фіброміомах цяжарнасьць і роды могуць працякаць зусім нормальна, а пры



Мал. 97. Інтэрстыцыяльная фіброміома.

інтэрстэцыяльных і субмукозных цяжарнасьць звычайна канчаецца выкідкам або дачасовымі родамі. Калі цяжарнасьць даходзіць да канца, то пухліна можа зьявіцца перашкодаю для правільнага палажэньня плода і нормальнага родавага акту. У пасьляродавым пэрыодзе часамі назіраецца дрэннае скарачэньне маціцы.

Хоць фіброміомы лічацца добраякаснымі новаўтварэньнямі, тым ня менш яны тояць у сабе многа сур'ёзных і небясьпечных момантаў, бо з імі могуць адбывацца розныя зьмены. Субсэрозныя фіброміомы на доўгай і тонкай ножцы могуць перакруч-

вацца і выклікаць востры ўспаляльны процэс. Падсьлізьнічная фіброміома на ножцы можа падлегчы частковаму або поўнаму амярцьвеньню і гнілотнаму разлажэньню. І вось гэтыя процэсы нагнаеньня і разлажэньня могуць давесьці да сэпсісу. Урэшце што зьяўляецца найбольш сур'ёзным і небясьпечным момантам— гэта магчымасьць злоякаснага перараджэньня пухліны. Спачатку павольна растучая і абмежаваная фіброміома можа атрымаць хуткі рост і перарадзіцца ў саркому з усімі сумнымі вынікамі.

Адсюль выцякае, што хворая, у якой ёсьць фіброміома маціцы, павінна быць пад наглядам урача, каб пры зьяўленьні паказаньня своячасова распачаць лячэньне.



Мал. 98. Маціца з падсьлізьнічнай міомай, якая ўдаецца ў поласьць маціцы ў выглядзе поліпу.

Л я ч э н ь н е. Фіброміомы, якія не выклікаюць ніякіх сымптомоў і скарг з боку хворай, не патрабуюць ніякага лячэньня, асабліва ў жанчын клімактэрычнага ўзросту, бо ў гэтым узросьце пухліны гэтыя разам з маціцай, якая атрофіруецца, зьмяншаюцца ў аб'ёме аж да зьнікненьня. Паказаньнямі да лячэньня фіброміом зьўляюцца велічыня пухліны і сымптомы, выклікаемыя ёю,—сярод іх, галоўным чынам крывяцячэньні, далей—зьявы перакручваньня ножкі падбрушынных фіброміом, нараджэньне падсьлізьнічнай міомы і, бязумоўна, перш за ўсё зьявы пачатку злоякаснага перараджэньня (хуткі рост і болі).

Што датычыць спосабаў л я ч э н ь н я, то іх ёсьць два: о п э р а ц ы я і р э н т г е н о т э р а п і я. Як паліятыў, ужываюцца часамі пры крывяцячэньнях крывяспыняючыя сродкі, гарачыя

спрынцаваньні і нават выскабленьні. Але ім ня варта надаваць вялікага значэньня: яны звычайна ніякіх вынікаў не даюць і трацiць час на іх прымяненьне бескарысна, бо рана ці позна прыходзіцца звярачацца да нажа. Што датычыць рэнтгено-тэрапіі, то ў гэтым пытаньні ня існуе ў гінэколёгаў адзінадушнай думкі. Адны аддаюць перавагу опэрацыйнаму лячэньню перад рэнтгенам, пакідаючы за апошнім лячэньне толькі тых фіброміом, на якія хварэюць жанчыны ў клімактэрычным пэрыодзе. Другія ўжываюць выключна рэнтгенотэрапію і толькі тады, калі яна не дае пажаданых вынікаў, робяць опэрацыю. Але праў проф. Выдрын, які мірыць абодвы погляды, кажучы, што „трэба лячыць ня міому, а хворую на міому, і таму кожны гінэколёг павінен выбіраць той спосаб лячэньня, які індывідуальна падыходзіць да яго хворай". Але ў наш час пытаньне стаіць так, што большасьць гінэколёгаў, прымаючы пад увагу некаторыя адмоўныя бакі рэнтгену, зварачаецца да опэрацыйнага ўмяшаньня.

Апрача мацічных фіброміом, сустракаюцца яшчэ (надта рэдка) чыстыя фібромы яечнікаў. Яны маюць шарападобную або яйцападобную форму, шчыльную консыстэнцыю, сядзяць на ножцы і ўладаюць вялікаю рухомасьцю.

Кістомы яечнікаў. Апрача рэтэнцыйных кіст яечніка, аб якім гутарка была вышэй, адно з першых месц сярод іншых добраякасных новаўтварэньняў жаночых полавых органаў займаюць так званыя сапраўдныя пухліны яечніка. Да іх належыць кістоадэномы і дэрмоіды.

Кістоадэномы маюць залозістую будову і падзяляюцца на залозістыя і сыскаватыя кістомы. Кісты гэтыя бываюць аднакамерныя і многакамерныя. Большасьць з іх мае ножку рознай даўжыні і таму вызначаюцца вялікай рухомасьцю. Апроч гэтых рухомых пухлін на ножцы, назіраюцца кісты, якія разьвіваюцца паміж лісткамі шырокай зьвязкі (інтраліґамэнтарныя кісты).

Залозістыя кістомы хутка растуць і часам дасягаюць вялізарных разьмераў і вагі ў 50 і больш кілё. Яны напоўнены сьлізявай цягучай масай (мал. 99). Сыскаватыя кісты растуць павольна, значнай велічыні не дасягаюць і зьмяшчаюць у сабе сэрозную вадкасьць.

Дэрмоіды — гэта кісты, якія даволі часта сустракаюцца і ў поласьці якіх знаходзіцца сала, косьцевыя пласьцінкі, зубы, валасы, часткі скуры, нэрвовая тканка і да т. п. Яны растуць

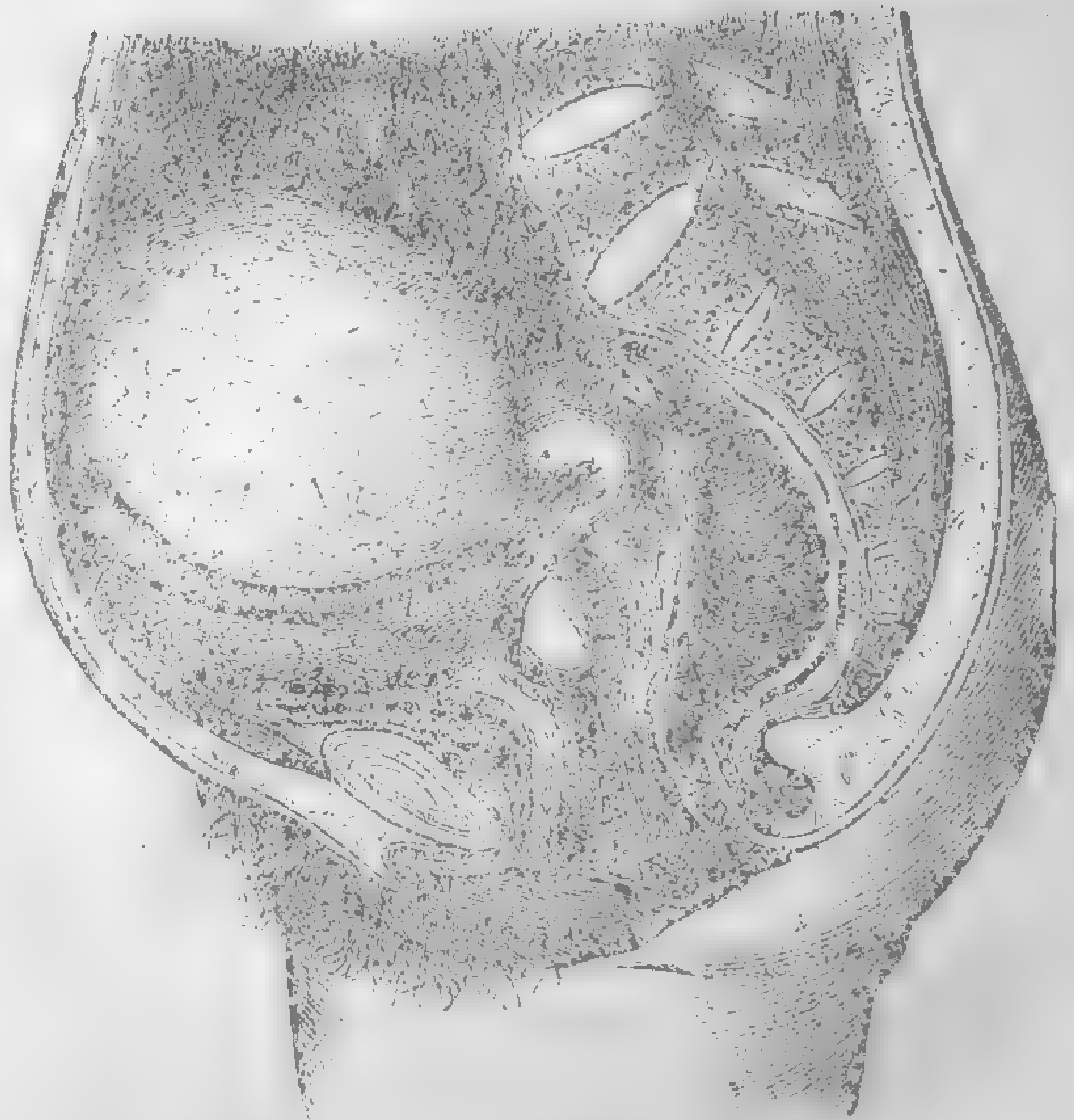
павольна, сядзяць на ножцы, добра рухомыя і звычайна зьмяшчаюцца сьпераду мацiцы. Яны маюць шарападобную форму і рэдка дасягаюць значнай велічыні.

Усе памянёныя пухліны яечнікаў, як і фіброміомы мацiцы, часта не даюць ніякіх сымптомаў і выяўляюцца толькі пры дасьледваньні жанчыны з якога-небудзь іншага поваду. Але, дасягаючы вялікіх разьмераў, яны таксама, як і фіброміомы, могуць выклікаць розныя расстройствы з боку суседніх органаў. Апрача таго, яшчэ часьцей, чым фіброміомы, пухліны яечнікаў могуць суправаджацца рознымі ускладненьнямі вельмі сур'ёзнага характару.

Адным з даволі частых і сур'ёзных



Мал. 99. Хворая з вялізарнай кістомай.



Мал. 100. Перакручваньне ножкі кісты.

ускладненьняў зьяўляецца перакручваньне ножкі пухліны (мал. 100).

Некаторыя кісты маюць такую доўгую ножку, што іх можна прасоўваць у падраброўе, або іх там знаходзяць, і чым даўжэй ножка, тым яна часьцей перакручваецца. Раптоўнае перакручваньне ножкі суправаджаецца надзвычайна бурнымі зьявамі,

якія нагадваюць зьяву ўшчэмленай грыжы (рэзкія болі, нудзеньне, ваніты, мэтэорызм, часты і малы пульс і іншыя зьявы раздражненьня брушыны). Калі сваячасова ня будзе падана опэрацыйная дапамога, то перакручаная кіста робіцца амярцьвелай, пачынаецца нагнаеньне і гнілотнае разлажэньне.

Але і бяз перакручваньня ножкі ў кісьце можа зьявіцца нагнаеньне з прычыны ўнядрэньня ў яе бактэрый праз лімфатычныя і крываносныя судзіны, або з прычыны інфэкцыі з кішочніка. Такое аскладненьне можа давесьці да сьмяротнага пэрытоніту.

Сур'ёзнейшым аскладненьнем зьяўляецца яшчэ злаякаснае перараджэньне кісты.

2. **Злаякасныя новаўтварэньні.** Да злаякасных новаўтварэньняў у жаночай полавай сфэры належаць: рак, саркома і хорыёнэпітэліома.

Рак (карцынома, канцэр) — сустракаецца на знадворных полавых частках, у похве, на маціцы і на яечніках.

Рак знадворных полавых органаў і похвы. Рак знадворных полавых органаў (вульвы) і похвы сустракаецца значна радзей, чым рак унутраных полавых органаў. Хвараюць на яго звычайна жанчыны ў пажылым узросьце. Месцам утварэньня раку вульвы зьяўляецца полавыя губы, вобласьць клітора і ўрэтры. Рак похвы звычайна разьмяшчаецца на задняй сьценцы каля задняга зводу.

Рак вульвы можа быць пяршачным, г. зн. ён можа разьвіцца самастойна, або другачным — у выніку пераходу ракавага процэсу в суседняга органу (мачавога пузыра, маціцы) Рак похвы звычайна бывае другачным.

Зьяўляючыся спачатку ў выглядзе невялікага вузялка, ён не дае ніякіх сымптомаў. Потым вузялок распадаецца і робіцца язваю з крываністымі і смуроднымі выдзяленьнямі, якія маюць выгляд мясных памыяў. Апрача язьвенай формы рак можа разьвівацца і ў выглядзе разрашчэньняў, нагадваючых цьвятную капусту, або ў выглядзе шчыльнага інфільтрату, які разьмяшчаецца ў тоўшчы тканкі.

Цячэньне, сымптомы і вынік рака знадворных полавых частак і похвы такія-ж самыя, як і ўсякіх злаякасных новаўтварэньняў усякага органу. Ракавы процэс пашыраецца на суседнія залозы, на клеткавіну і дае мэтастазы (пераносы) у недалёка ляжачыя і аддаленыя органы. Сымптомы, апрача ўказа-

ных вышэй крывяністых і смуродных выдзяленьняў,—нясьцерпныя болі, пачуцьцё пякучасьці і сьвербу ў полавых частках. Да іх потым далучаюцца рэзкае малакроўе, кахексія, упадак жыўленьня, страта ў вазе і іншыя зьявы атручаньня організму, якія, нарэшце, вядуць да гібелі хворых.

Вылячэньне магчыма толькі шляхам сваячасова зробленай опэрацыі. Калі-ж з опэрацыяй спазьніліся, то некаторыя надзеі падае лячэньне радыем і рэнтгенам.

Рак маціцы. Рак полавых органаў, галоўным чынам маціцы, сапраўды лічыцца бічом жанчыны. Ад гэтай хваробы штогадова паміраюць тысячы жанчын. Статыстыка капіталістычных краін гаворыць аб тым, што рак маціцы паражае пераважна тыя слаі насельніцтва, якія знаходзяцца ў няспрыяльных соцыяльных умовах, і што ў апошнія гады ў гэтых краінах рак значна распаўсюдзіўся ў сувязі са зьніжэньнем экономічнага ўзроўню працоўных.

Этыолёгія раку наогул і ў прыватнасьці раку маціцы, застаецца пакуль што нявысьветленай.

Рак паражае жанчыну пераважна ва ўзросьце ад 40 да 60 год. Аднак, апісаны выпадкі захворваньня ракам маладых дзяўчын і вельмі старых жанчын.

Бывае рак шыйкі і рак цела маціцы; яны адрозьніваюцца адзін ад аднаго сваёй частасьцю, цячэньнем і злаякаснасьцю. Шыйка маціцы часьцей паражаецца ракам, чым цела яе і цячэньне гэтага раку больш хуткае і больш злаякаснае.

Рак шыйкі маціцы. Рак шыйкі маціцы разьвіваецца або ў форме вялікіх разрастаньняў на паверхні похвавай часткі, нагадваючых галоўку цьвятной капусты, або ў форме зьязваваньня падобнага да звычайнай эрозіі. Пры першай форме рак распаўсюджваецца па паверхні, а пры другой язва павялічваецца па акружыне і ў глыбіню, паступова разьядае ўсю похвавую частку і ўтварае крываточачную і кратэрападобную язву. У далейшым пры той і другой форме ракавы процэс пераходзіць на канал шыйкі маціцы, на зводы похвы, клеткавіну і залозы (мал. 101, 102)

Сымптомы. Нажаль, спачатку захворваньня хворыя не адчуваюць нічога такога, што прымусіла б іх шукаць мэдычнай дапамогі. Калі ў іх зьяўляюцца белі або ўзмацняюцца выдзяленьні, то яны не надаюць ім ніякага значэньня. Толькі калі белі набываюць буравагую афарбоўку або выгляд мясных памыяў і няпрыемны пах, ці калі ў прамежках паміж рэгуламі зьяўляюцца

крывяністыя выдзяленьні пасьля полавых зносін або пасьля спрынцаваньняў і да т. п.—тады толькі хворая зварачаецца за мэдычнай парадаю. А між тым гэтыя два сымптомы (смуродныя белі і крывяністыя выдзяленьні) зьяўляюцца ўжо позьнімі прыкметамі раку, якія сьведчаць аб распадзе пухліны.

Пры далейшым разьвіцьці процэсу, калі рак шыйкі пераходзіць за межы маціцы ў клеткавіну, даходзіць да сьценак таза і сьціскае нэрвы, хворая адчувае рэзкія болі.

У наступнай стадыі рак пашыраецца на суседнія органы (мачавы пузыр, мачаточнік, прамую кішку), дае мэтастазы ў аддаленыя органы ўсяго цела (печань, лёгкія, ныркі, косьці)



Мал. 101. Рак похвавай часткі.



Мал. 102. Цэрвікальны рак.

і выклікае цэлы рад пакутных зьяў і атручаньне організму продуктамі распаду, пасьля чаго надыходзіць сьмерць. Працягласьць жыцьця пры раку шыйкі маціцы роўна ад 1½ да 2½ год.

Распазнаваньне (**дыягностыка**) раку шыйкі маціцы стгрунтуецца на клінічнай карціне гэтага захворваньня і на старанным дасьледваньні хворай. Раньняе распазнаньне мае вялікае значэньне ў сэнсе сваячасовага опэрацыйнага ўмяшаньня. Скаргі хворай на зьяўленьне кропель крыві пасьля полавых зносін, на ўзмацненьне беляй з дамешкаю крыві і на дрэнны пах гэтых выдзяленьняў павінны выклікаць ва ўрача і ў кожнай акушоркі думку аб разьвіцьці ў гэтай хворай раку. Падазрэньне на рак

павінна яшчэ больш узмацніцца, калі жанчына, якая знаходзіцца ў клімактэрычным пэрыодзе, прыходзіць са скаргаю на тое, што пасьля доўгай паўзы „рэгулы зноў вярнуліся" да яе. Урач такую хворую павінен старанна дасьледваць, а акушэрка абавязана зараз-жа накіраваць яе ў адпаведную лекавую ўстанову. У тых выпадках, дзе ёсьць ужо разрашчэньні, кратэрападобная язва і распад, дыягноз ясны. Але калі ёсьць толькі эрозія, крывяточачая пры дакрананьні пальцам або зондам, то яна павінна лічыцца падазронай, і для высьвятленьня характару яе патрэбна пробная эксцызія для мікроскопічнага дасьледваньня.

Але аднаго распазнаваньня рака шыйкі маткі яшчэ мала; неабходна яшчэ вырашыць пытаньне, ці надлягае даны выпадак опэрацыі, або апошняя не дасягне мэты. Трэба ўстанавіць, як далёка зайшоў процэс або абмяжоўваецца ён адной маціцай, ці ўжо выходзіць за межы яе; ці мацiца рухомая або, будучы акружана інфільтратам або спаяна з суседнімі органамі, яна абмежавана ў сваёй рухомасьці. Ад гэтых даных залежыць вырашэньне пытаньня аб магчымасьці опэрацыйнага ўмяшаньня.

Лячэньне. Пры выяўленьні рака шыйкі мацiцы, калі выпадак незапушчаны, трэба зараз-жа зрабіць радыкальную опэрацыю. У запушчаных выпадках, дзе опэрацыя немагчыма, удаецца часта вырataваць хворую, або ва ўсякім разе, дасягнуць вялікіх посьпехаў прымяненьнем прамяністай энэргіі, г. зн. праменьняў рэнтгену і радыю. Радыётэрапія дае значныя паляпшэньні, ачышчае язвы ад распаду, залечвае іх і зьнішчае цяжкія сымптомы.

Нажаль, ня ўсякая хворая па той або іншай прычыне мае магчымасьць карыстацца радыётэрапіяй і не заўсёды опэрацыя або лячэньне радыем дае стойкае вылячэньне; нярэдка пасьля гэтых спосабаў лячэньня назіраюцца рэцыдывы [1])—тады няшчасным хворым прыходзіцца аказваць апошнюю дапамогу, каб яны пры павольным паміраньні не адчувалі неймаверных пакут. Для зьнішчэньня смуроднага паху ад выдзяленьняў з полавых органаў прызначаюцца спрынцаваньні растворам марганцава-кіслага калію, пры значных крывяцячэньнях робяць выскабленьне або прыпальваньне пакеленам, а для палягчэньня боляй ня трэба шкадаваць морфію. Пры ўсім гэтым на долю сярэдняга мэдпэрсоналу прыпадае цяжкі абавязак догляду такіх хворых.

[1]) Зварот хваробы.

Рак цела мацiцы. Рак цела мацiцы сустракаецца радзей, чым рак шыйкi, працякае больш павольна i бывае менш злаякасным. Назiраецца ён амаль выключна ў жанчын ва ўзросьце 50—60 год i вышэй (мал. 103).

Сымптомы: зьяўленьне беляй, спачатку вадзянiстых, а затым эбыткоўных i густых, да якiх потым дамешваецца сукравiца з дрэнным пахам i часта значныя крывяцячэньнi з дамешкаю крышак. Калi ня ўжываецца нiякiх мер, то далучаюцца сымптомы далейшага распаўсюджаньня працэсу на суседнiя органы.

Своечасова распазнаны i опэраваны рак цела мацiцы дае лепшае прадказаньне, чым рак шыйкi, у сэнсе меншай магчымасьцi рэцыдываў.

Для пастаноўкi дыягнозу ў няясных выпадках неабходна зрабiць пробнае выскабленьне i саскэб мiкраскапiчна дасьледваць.

Што датычыцца лячэньня, то яно можа быць толькi опэрацыйным.



Мал. 103. Рак цела мацiцы.

Профiляктыка. З прычыны таго, што посьпех лячэньня раку залежыць ад раньняга распазнаваньня яго, ад своечаснага звароту за лекавай дапамогай i ад своечасовай опэрацыi, то, зразумела, што неабходна, каб само насельнiцтва было знаёма з раньнiмi прызнакамi гэтага захворваньня, каб яно ведала, якую небясьпеку нясе гэта хвароба, i каб яно своечасна зварачалася за мэдычнай дапамогай. У гэтых адносiнах можа многа зрабiць санiтарная асьвета. З другога боку, неабходна арганiзацыя шырокай сеткi такiх установаў, куды накiроўвалiся-б хворыя, у якiх падазраецца захворваньне на рак. Недарма нашы органы аховы здароўя, будучы заклапочанымi пытаньнем барацьбы з гэтым грамадзкiм ворагам, арганiзавалi i арганiзоў-

ваюць навукова-дасьледчыя інстытуты і лябораторыі, склікаюць зьезды для вывучэньня гэтага пытаньня і адкрываюць лекава-профіляктычныя ўстановы для выяўленьня выпадкаў захворваньня і для аказаньня захварэўшым неабходнай дапамогі.

Роля акушэркі ў гэтых адносінах вельмі значная. Апрача санітарна-асьветнай работы, якую яна можа і павінна праводзіць на сваім пасту, яна павінна сярод жанчын, што зварачаюцца да яе—выяўляць такіх, якія па сваіх скаргах зьяўляюцца падазронымі ў сэнсе пачатку ў іх захворваньня на рак. Такіх хворых акушэрка абавязана безадкладна накіроўваць да спэцыяліста для дакладнага ўстанаўленьня дыягнозу і для адпаведнага лячэньня. Каб не зрабіць дрэннага псыхічнага ўплыву на хворую-яна павінна ў асьцярожнай форме, толькі намякаючы або нават нічога не гаворачы аб прадпалагаемым захворваньні, пераканаць хворую ў неабходнасьці тэрміновага звароту да ўрача. Сапраўдны стан рэчаў акушэрка можа адкрыць толькі акружаючым хворую з тым, каб яны ўжылі неабходныя меры да раньняга ўрачэбнага ўмяшаньня. Можа аказацца, што ў некаторых выпадках падазрэньні акушэркі будуць неабаснаванымі, але калі з дзесяці выпадкаў адна хворая, дзякуючы яе парадзе і настойваньням будзе своечасна опэравана і такім чынам выратавана ад няўхільнай гібелі, то задача акушэркі будзе выканана.

Рак яечнікаў. Рак яечніка сустракаецца нячаста і рэдка бывае пяршачным, а звычайна разьвіваецца на глебе пераражэньня кістомы або мэтастазу з іншых органаў.

Сымптомы тыя-ж самыя, як і пры раку маціцы. Часта назіраецца асцыт (накапленьне вадкасьці ў брушной поласьці).

Лячэньне опарацыйнае.

Саркома. У жаночнай полавай сфэры саркома сустракаецца ў маціцы і ў яечніках.

Саркома маціцы. Саркома маціцы ў процілегласьць раку, паражае часьцей цела, чым шыйку маціцы. Яна можа разьвівацца самастойна, пяршачна або ў выніку пераражэньня фіброміомы. Саркомы назіраюцца, галоўным чынам, у маладых жанчын, часта ў нераджаўшых і нават ня жыўшых полавым жыцьцём, але сустракаюцца і ў пажылым узросьце. Яны вызначаюцца хуткім ростам, злаякаснасьцю і раньнім зьяўленьнем мэтастазаў.

Сымптомы: вадзяністыя выдзяленьні, крывяцячэньні, болі, асцыт, кахексія.

Лячэньне—тэрміновая і радыкальная опэрацыя. У многіх выпадкэх прыносіць карысьць і лячэньне рэнтгенам.

Саркома яечнікаў. Сустракаецца яна рэдка і назіраецца таксама, як і фіброма яечніка, ва ўсякім, нават у дзіцячым узросьце.

Сымптомы і лячэньне як і пры раку яечніка.

Хорыонэпітэліома—рэдкае злоякаснае новаўтварэньне якое па характары і цячэньні блізка падыходзіць да рака цела маціцы і разьвіваецца пераважна з пузырнага заносу шляхам яго перараджэньня. Пухліна гэта хутка расьце, надзвычайна злоякасная і вызначаецца крываццёчнасьцю, якая даводзіць хворую да высокай ступені анэміі.

Лячэньне—выдаленьне пухліны опэрацыйным шляхам разам з маціцай.

РАЗЬДЗЕЛ ДЗЕСЯТЫ

ПАШКОДЖАНЬНІ ЖАНОЧНЫХ ПОЛАВЫХ ОРГАНАЎ

Большасьць пашкоджаньняў жаночых полавых органаў адбываецца ў часе родавага акту, а іменна: разрывы прамежжа, похвы, шыйкі, а часамі і маціцы. Гэтыя пашкоджаньні апісаваюцца ў падручніках па акушэрству.

Іншага роду пашкоджаньні назіраюцца пры выпадковых вытненьнях і паданьні на цьвёрдыя і вострыя прадметы, прычым на знадворных полавых частках утвараюцца падскурныя крывязьліцьці (гэматомы), а часамі і розныя раны. Далей, часта атрымліваюцца глыбокія разрывы дзявочай плявы пры першых полавых зносінах, якія суправаджаюцца вялікім крывацячэньнем і патрабуюць тэрміновай дапамогі. Пры бурных полавых зносінах можа адбыцца таксама разрыў похвы, пераважна ў заднім зводзе. Пашкоджаныя часткі могуць інфэктавацца і нагнойвацца.

Лячэньне: пры невялікіх сьвежых параненьнях дастаткова прымочак з буравай вадкасьці або сьвінцовай вады і ўтрыманьня ран у абсолютнай чыстаце. Пры значным крывацячэньні неабходна шчыльна затампонаваць крываточачыя месцы (асабліва пры разрыве похвы і ў вобласьці клітара) і зараз-жа накіраваць хворую ў больніцу для накладаньня швоў. У інфэктаваных выпадках лячэньне вядзецца па агульных правілах хірургіі.

У сэнсе профіляктыкі неабходна зноў падкрэсьліць, што ўсякая рана можа служыць уваходам для пранікненьня бактэрый і таму з боку даглядаючага пэрсоналу патрабуецца ўважлівы догляд за ранай.

Самым сур'ёзным і небясьпечным для жыцьця пашкаджэньнем зьяўляецца прабадзеньне (пэрфорацыя) маціцы. Яно назіраецца пры плодавыгнаньні, якое робіцца нелегальна бабкамі і іншымі неасьвечанымі асобамі. Гэтыя „опэратары“

звычайна ўжываюць для аборту такія прадметы, як катэтэры, бужы, шпількі, вязальныя пруткі, гусіныя пер'і, цьвікі і да т. п. Спосаб утварэньне аборту такімі „інструмантамі“, ды яшчэ бруднымі рукамі ў самай антысанітарнай абстаноўцы, амаль заўсёды вядзе да сьмяротнага выніку ад пэрытоніту і агульнага заражэньня організму.

Пэрфорацыя мацiцы часамі назіраецца пры штучным аборце, які ўтвараецца нават вопытным урачом у больнічнай абстаноўцы. Такая страшная траўма наносіцца звычайна пры неасьцярожным карыстаньні зондам, расшыральнікамі, корнцангам і кюрэткамі. Але такія выпадкі параўнаўча рэдкія і, дзякуючы магчымасьці аказаньня хуткай дапамогі, у большасьці сваёй канчаюцца шчасьліва. Адпаведны дэкрэт савецкай улады даў вынікі: ён даў магчымасьць працоўным жанчынам пазбавіцца ад непажаданай цяжарнасьці з мінімальнай рызыкай для іх здароўя, і выпадкі прабадзеньня мацiцы з грознымі вынікамі сталі адносна рэдкімі.

У гэтых выпадках **роля акушэркі** ясная: яна ўсякімі мерамі павінна на сваім вучастку змагацца з нелегальнымі абортамі, растлумачваючы жанчынам, што, давяраючыся бабкам і шаптухам, яны не толькі рызыкуюць сваім здароўем, але і жыцьцём, і што зрабіўшы аборт у лекавай установе, яны могуць быць застрахаваны ад сур'ёзных ускладненьняў. Яна яшчэ большую паслугу зробіць жанчыне, калі ёй пашанцуе ўгаварыць яе зусім адмовіцца ад гэтай думкі і застацца цяжарнай, бо штучны аборт усё-ж такі сур'ёзная опэрацыя нават і тады, калі ён праводзіцца пры самых спрыяльных умовах.

I. ІНШАРОДНЫЯ ЦЕЛЫ Ў ПОХВЕ І МАЦІЦЫ

Жанчыны часта звараачаюцца да ўрача або акушэркі з просьбаю выдаліць з похвы іншароднае цела, якое было ўведзена з тою або іншаю мэтаю і якое яны з якой-небудзь прычыны не могуць выдаліць. У похве можна выявіць мацiчныя колцы, тампоны, кавалкі ваты, адломкі наканцоўнікаў пасьля спрынцаваньняў. Прадметы гэтыя былі ўведзены з тэрапэўтычнай мэтай. Часамі знаходзяць там коркі, шпулькі, памадныя банкі, мячыкі і да т. п. уведзеныя самою хвораю ў мэтах мастурбацыі (оналізму). Вышэй было ўказана, што для перапыненьня цяжарнасьці ўводзяцца шпількі, бужы, катэтэры, гусіныя пер'і ды інш.

Усе гэтыя іншародныя целы могуць знаходзіцца ў похве даволі доўгі час, не выклікаючы ніякіх сымптомаў і скарг з боку хворых. У іншых выпадках яны выклікаюць успаленьні похвы, гнойныя смуродныя выдзяленьні, крывяцячэньні і язвы аж да ўтварэньня сьвішчоў.

Назіраюцца выпадкі знаходжаньня іншародных цел у маціцы, або пранікаGньня іх з маціцы ў мачавы пузыр і нават у брушную поласьць. Такія выпадкі часта канчаюцца пэрытонітам.

Апісаны таксама выпадкі, калі ў часе опэрацыі чэравасячэньня па няўважлівасьці або неахайнасьці ў брушной поласьці пакідаецца марлевы тампон або заціскальнік і да т. п. Будучы стэрыльнымі, яны доўгі час могуць бяз шкоды заставацца ў брушной поласьці, але нарэшце яны даюць сябе адчуваць.

Л я ч э н ь н е заключаецца ў выдаленьні іншароднага цела. Маціччныя колцы часамі так унядраюцца ў тканкі похвы, што прыходзіцца папярэдне расьпілоўваць іх дротавай пілою або пераломваць касьцявымі нажніцамі. Іншародныя целы, трапіўшыя ў брушную поласьць, павінны быць выдалены шляхам чэравасячэньня.

Для папярэджаньня ускладненьняў, выклікаемых доўгім нашэньнем маціччнага колца, неабходна, як гэта ўжо ў іншым месцы было ўказана, каб носьбітка колца было ўвесь час пад урачэбным контролем і каб хворая акуратна спрынцавалася ў мэтах утрыманьня колца ў чыстаце.

Было таксама ўжо ўказана, што ў часе опэрацыі чэравасячэньня асобы, якія прымаюць удзел у опэрацыі, павінны весьці дакладны ўлік тампонаў і інструмантаў і перад зашываньнем брушной раны пераканацца, што ніводзін з іх не пакінуты ў брушной поласьці.

II. СЬВІШЧЫ

Сьвішчамі называюцца ненормальныя ходы, якія ўтвараюцца паміж похвай і маціцай, з аднаго боку, і мачавым пузыром і кішочнікам — з другога. Адрозьніваюць урэтральна-похвавыя, адпузырна-шыйкавыя і похвава-кішочныя сьвішчы. Сьвішчавая адтуліна бывае рознай велічыні, ад ледзь праходнай для тонкага зонду адтуліны да поўнага зруйнаваньня перагародкі паміж органамі.

У большасьці выпадкаў сьвішчы ўтвараюцца ў часе родаў у выніку доўгага прыціскаьня мяккіх тканак паміж галоўкай

плода і задняй паверхняй лоннай дугі, што звычайна бывае пры неадпаведнасьці паміж галоўкай плада і разьмерамі таза. Такое доўгае прыцісканьне вядзе да амярцьвеньня тканак і да ўтварэньня струпа; пасьля адпадзеньня струпа ўтвараецца сьвішч.

Пашкоджаньне тканак, якое вядзе да ўтварэньня сьвішчоў, можа адбыцца ў часе родаў пасьля трудных шчыпцоў, пры прыняненьні вялікай сілы, а таксама пасьля гінэколёгічных опэрацый гнойных процэсаў і пры запушчаных злоякасных наваўтварэньнях.

Хворыя скардзяцца галоўным чынам на адвольнае і бесьперапыннае выдзяленьне мачы праз похву, на распаўсюджаньне навокала сябе няпрыемнага паху мачы (пры мачаполавых сьвішчах), на выдаленьне калу і адыход газаў праз похву (пры похвавакішочных сьвішчах). Дакладны дыягноз устанаўляецца аглядам зондаваньнем, цыстоскопіяй і іншымі мэтодамі дасьледваньня. Сьвішчы выклікаюць яшчэ розныя ускладненьні з боку мачавога пузыра і нырак, похвы і іншых суседніх органаў.

Лячэньне. Нязначныя па разьмеры пузырна-похвавыя сьвішчы часта загойваюцца бяз усякага ўмяшаньня. Неабходна толькі ўвесьці ў мачавы пузыр пастаянны катэтэр. Лёгка загойваюцца таксама калавыя сьвішчы пры ахайным утрыманьні похвы.

У іншых выпадках робяць прыпальваньне ляпісам, электрычнасьцю і да т. п. Калі ўсімі гэтымі сродкамі не ўдаецца дабіцца зарубцаваньня сьвішча, або калі велічыня сьвішча з самага пачатку не гарантуе посьпеху ад гэтых сродкаў, то прыходзіцца зварачацца да хірургічнага лячэньня.

З прычыны таго, што большасьць назіраемых сьвішчоў адбываецца на глебе родавага акту, то профіляктыка перш за ўсё зводзіцца да забесьпячэньня насельніцтва кваліфікаванай акушэрскай дапамогаю. І сапраўды, у апошні час, дзякуючы расшырэньню сеткі радзільных дамоў і прытулкаў, колькасьць сьвішчоў значна паменшылася.

Для папярэджаньня ускладненьняў даглядаючы пэрсонал павінен у пасьляопэрацыйным пэрыодзе сачыць за правільным палажэньнем уведзенага пастаяннага катэтара, апушчанага ў мачапрыёмнік з дэзынфэктуючым растворам, і за выконваньнем хворай прадпісаньняў урача.

РАЗЬДЗЕЛ АДЗІНАЦЦАТЫ

БЯСПЛОДНАСЬЦЬ

Часта жанчына, звярачаючыся за гінэколёгічнай дапамогай, на першы плян высоўвае якіясьці малаважныя скаргі, між тым як пры далейшым апытаньні выяўляецца, што галоўны мотыў, які прымусіў яе зьвярнуцца да ўрача, заключаецца ў пытаньні аб бясплоднасьці і аб сродках яе вылячэньня.

Статыстыкай устаноўлена, што ў сярэднім 10 проц. усіх шлюбаў бываюць бясплоднымі. Бясплоднасьць ня ёсьць самастойная хвароба, а толькі сымптом цэлага раду захворваньняў жаночай полавой сфэры, або вынік якога-небудзь агульнага захворваньня жаночага організму.

Але не заўсёды прычыну бясплоднасьці трэба шукаць у жанчыны, бо **часта вінавайцай бясплоднага браку зьяўляецца мужчына.** Жанчына заўсёды схільна сваю нездольнасьць нараджаць дзяцей тлумачыць наяўнасьцю ў сябе якой-небудзь гінэколёгічнай хваробы, а мужа лічыць фізычна-здаровым, зьмешваючы здольнасьць да полавога жыцьця са здольнасьцю да запладненьня. Між тым статыстыка паказвае, што ў 30 проц. выпадкаў бясплоднасьці віна падае на мужа, дзякуючы патолёгічнаму стану яго семя (спэрмы). Семя лічыцца няпрыдатным для запладненьня, калі ў ім няма семянных ніцяй (спэрматозоідаў), або калі апошнія наяўны ў малой колькасьці, ці калі яны нерухомы. Запладненьне, вядома, ня можа адбыцца і ў тым выпадку, калі семя пры полавых зносінах зусім не выкідаецца. Усе гэтыя віды патолёгічнага стану семя ў пераважнай колькасьці выпадкаў бываюць на глебе перанесенай мужам ганорэі, якая ўскладнілася ўспаленьнем абедзьвюх полавых залоз.

Адсюль вывад: перш чым лячыць жанчыну ад бясплоднасьці, неабходна дасьледваць семя мужа. Аналіз семя павінен быць зроблены нават у тым выпадку, калі і ў жаны констатуюцца якія-небудзь зьмены ў полавой сфэры.

Адрозьніваюць жаночую бясплоднасьць пяршачную і другачную, абсолютную і адносную.

Пяршачная—гэта тая, калі цяжарнасьць па тых або іншых прычынах наогул не наступае. Яна можа быць і абсолютнай, г. зн. такою, калі зачацьце ні ў якім выпадку немагчыма; яна можа быць адноснаю, г. зн. калі зачацьце не выключана, але цяжарнасьць усё-ж не наступае.

Другачнай бясплоднасьцю лічыцца такая, калі пасьля бýўшай ужо цяжарнасьці наступная не наступае на працягу даволі доўгага тэрміну. Такая бясплоднасьць зьяўляецца, вядома, разам з тым і адноснаю.

Прычыны жаночай бясплоднасьці. Для зачацьця з боку жанчыны неабходны наступныя ўмовы: 1) нормальная овуляцыя; 2) магчымасьць праходжаньня яйца праз фалёпіеву трубу ў полясьць маціцы; 3) здаровая сьлізевая абалонка маціцы, не перашкаджаючая прымацаваньню запладненага яйца; 4) адсутнасьць перашкод для пранікаьня спэрматозоідаў у полавы канал і 5) жыцьцёвая дзейнасьць спэрматозаідаў. Адсутнасьць адной з гэтых умоў вядзе да бясплоднасьці. Таму мы жаночую бясплоднасьць назіраем у наступных выпадках.

1) Пры прыроджанай адсутнасьці або недаразьвітасьці яечнікаў і маціцы, або пры выдаленьні іх опэрацыйным шляхам, калі, зразумела, адначасова бывае і поўная адсутнасьць мэнструацый.

2) Пры прыроджаным зарашчэньні і непраходнасьці похвы.

3) Пры ўспаляльных процэсах, пераважна гонорройнага характару і пухлінах абодвух яечнікаў, дзе наяўна зруйнаваньне або кістознае перараджэньне ўсёй яечнікавай тканкі і фолікулярнага апарата. Ва ўсіх гэтых выпадках бясплоднасьць будзе **абсолютнай** і, дзякуючы таму, што ўсе гэтыя прычыны неадхільныя, на наступленьне цяжарнасьці спадзявацца нельга.

Прычыны **адноснай** бясплоднасьці наступныя:

1) Зарашчэньне дзявочай плявы;

2) Вагінізм;

3) Разьзяўленасьць полавой шчыліны і разрывы прамежжа, дзякуючы якім семя выцякае назад з похвы;

4) Прыроджаныя або набытыя пасьля энэргічных прыпальваньняў стэнозы шыйкі, поліпы, якія закрываюць знадворную адтуліну або канал шыйкі;

5) Ненормальнае палажэньне маціцы (патолёгічная антэфлексія і рэтрофлексія).



Усе гэтыя пералічаныя моманты зьяўляюцца мэханічнымі перашкодамі да пранікненьня семя ў поласьць мацiцы.

6) Успаляльныя процэсы мацiцы (эндомэтрыты, мэтрыты), падсьлізьнічныя міомы, перашкаджаючыя прымацаваньню яйца;

7) Успаляльныя процэсы труб і пакрываючай іх брушыны, якія вядуць да перагібаў, патоўшчаньняў і склейваньня іх сьценак і робяць іх не пераходнымі для яйца;

8) Успаленьне яечнікаў і акружаючай іх тканкі, кістознае перараджэньне іх пры ўмове наяўнасьці рэштак здаровай тканкі;

9) Занадта кіслыя похвавыя выдзяленьні, якія забіваюць спэрматозоідаў і робяць іх нярухомымі.

Апрача мясцовых прычын, ёсьць яшчэ моманты агульнага характару, вядучыя да бясплоднасьці. Так, напрыклад, бясплоднасьць назіраецца пры тубэркулёзе, дыабэце, базэдавай хваробе, хлёрозе, атлусьценьні, псыхічных хваробах, морфінізьме і інш.

Некаторыя лічаць адсутнасьць полавага імкненьня і пачуцьця сласноты адной з прычын бясплоднасьці. Але выпадкі зачацьця пры знасілваньні і ў часе наркозу павінны абвяргнуць гэты погляд.

Ёсьць, урэшце, выпадкі бясплоднасьці, калі ні з боку мужа, ні з боку жаны няма ніякіх об'ектыўных прычын, якімі можна было-б вытлумачыць іх бясплодны шлюб. Цікава пры гэтым наступная зьява: яны разводзяцца, муж уступае ў шлюб з другою жанчынаю, жана выходзіць за другога—і ў абодвых атрымліваецца жаданае і доўгачаканае патомства.

Прадказаньне і лячэньне бясплоднасьці. З прычыны таго, што бясплоднасьць зьяўляецца сымптомам рознастайных хвароб, то лячэньне зводзіцца да адхіленьня той або іншай хваробы, якая выклікае бясплоднасьць. Перш чым распачаць лячэньне жаночай бясплоднасьці, трэба раней устанавіць, як вышэй было ўказана, што вінавайцай бясплоднасьці не зьяўляецца муж. Што датычыцца прадказаньня, то яно залежыць ад формы і характару асноўнай хваробы. Відавочна, што змагацца з абсолютнай бясплоднасьцю мы бясьсільны, бо такія прычыны, як адсутнасьць або недаразьвіцьцё мацiцы і яечнікаў і іншыя пaрокі разьвіцьця, неадхільныя. Ніякага эфэкту ў сэнсе зьнішчэньня бясплоднасьці ня можа таксама даваць лячэньне ўспаляльных процэсаў, зьнішчыўшых фолікулярную тканку яечнікаў. Некаторага посьпеху можна дасягнуць упартым і адпаведным лячэньнем тых успаляльных процэсаў яечнікаў, дзе ёсьць яшчэ рэшткі здаровай тканкі.

Тое-ж супроцьуспаляльнае лячэньне ўжываецца ў выпадках паражэньня фалёпіевых труб. Праходнасьць іх правяраецца мэтодам прадуваньня труб. Ён заключаецца ў тым, што пры дапамозе асобнага прыбору ў поласьць маціцы нагнятаецца паветра, якое з маціцы, пры праходнасьці труб, праз іх трапляе ў брушную поласьць. Праходжаньне паветра па трубе выслухоўваецца, як дуючы шум, стэтоскопам, прыкладзеным да брушной сьценкі над унутраным краем пупартавай зьвязкі.

Карыстаньне гэтым мэтодам супрацьпаказана пры гнойных выдзяленьнях з поласьці маціцы, пры хронічных, часта абвастраючыхся, успаляльных процэсах прыдаткаў і пры інфільтратах у тазавай вобласьці.

Аб бясплоднасьці, што выклікаецца мэханічнымі перашкодамі, можна пазбавіцца опэрацыйным шляхам.

Калі прычынаю бясплоднасьці зьяўляецца занадта кіслая рэакцыя похвавых выдзяленьняў, то нярэдка прыносяць карысьць похвавыя спрынцаваньні растворам соды (1 сталовая лыжка соды на кружку вады перад сном).

У заключэньне трэба адзначыць, што ня гледзячы на дрэннае прадказаньне, якое даюць многія выпадкі адноснай бясплоднасьці, ня трэба, аднак, пазбаўляць жанчыну надзеі на магчымасьць зрабіцца маткаю. Ня трэба гэтага рабіць, па-першае, таму, што пры тым або іншым спосабе лячэньня цяжарнасьць можа ўсётакі, звыш чаканьняў, наступіць і, па-другое, таму, што бясплоднасьць і без таго прыгнятае нэрвовую сыстэму жанчыны, а безнадзейнасьць на вылячэньне можа зрабіць яшчэ горшы ўплыў на яе нэрвы і псыхіку.

РАЗЬДЗЕЛ ДВАНАЦЦАТЫ

ГІГІЕНА ЖАНЧЫНЫ

Гігіена пэрыоду полавага разьвіцьця. Дзяўчынка ўжо з дня нараджэньня мае патрэбу ў правільным доглядзе і ў ахоўваньні яе полавых органаў ад пранікненьня інфэкцыі. Гігіенічныя прадпісаньні, якія павінны выконвацца ў адносінах да новаароджаных, а таксама да дзяўчынак груднога ўзросту, апісаны ў адпаведных падручніках.

Але жаночы полавы апарат разьвіваецца і ў далейшым разам з ростам і разьвіцьцём усяго організму аж да наступленьня полавай сьпеласьці. І вось у гэтым пэрыодзе парушэньне гігіенічных правіл можа зрабіць згубны ўплыў ня толькі на агульны стан організму дзяўчыны, але і на нормальнае разьвіцьцё полавых органаў.

Мы вышэй ужо бачылі, што дзяўчынка ў самым раньнім дзіцячым узросьце можа заразіцца гонорэяй ад маткі або няньки праз агульнае ложка, бялізну, губку і да т. п. Таму неабходна змагацца з прывычкай дарослых спаць з дзецьмі ў адным ложку. Варта таксама ўказваць маткам, што дакрананьне нячыстымі рукамі да знадворных полавых частак дзіцяці можа пацягнуць за сабою сур'ёзныя вынікі.

Хуткі рост організму і пералом, які адбываецца ў ім у пэрыодзе полавага дасьпяваньня, выклікае ў многіх дзяўчынак-падлеткаў розныя агульныя расстройствы. У параўнаньні з юнакамі, дзяўчынкі, нажаль, усё яшчэ вельмі часта вядуць сядзячае жыцьцё, робяць менш рухаў на чыстым паветры, часта носяць не гігіенічнае адзеньне і абутак і т. д. У выніку ўсіх гэтых фактараў мы часта чуем ад дзяўчынак школьнага ўзросту скаргі на галоўны боль, галавакружэньне, сэрцабіцьце, поцяг да сну, адсутнасьць апэтыту, запоры і іншыя зьявы малакроўя. У гэтым пэрыодзе, пры адсутнасьці правільнага нагляду за здароўем дзяўчынкі

можа пацярпець ня толькі агульны стан яе організму, але і разьвіцьцё полавага апарата пойдзе ненормальным шляхам і ў пэрыодзе полавай сьпеласьці ён будзе няправільна функцыянаваць.

Адсюль вынікае, што для аховы здароўя дзяўчынкі-падлетка неабходна яшчэ з дзяцінства яе клапаціцца аб правільным харчаваньні, аб доглядзе за яе целам і нормальным фізычным разьвіцьці. Захоўваньне чыстаты і іншых гігіенічных правіл, лёгкая гімнастыка, гульні на сьвежым паветры, рытмічныя рухі, купаньне, абціраньне цела—усё гэта дапамагае ўмацаваньню мускулатуры, узмацненьню апэтыту, адхіленьню запораў, правільнаму дыханьню і крывязвароту. Ніякія лякарствы, ніякія „железныя кроплі", пілюлі і т. д. ня могуць большага зрабіць для здароўя і для папярэджаньня малакроўя, як сонца, чыстае паветра, чыстае цела і разумныя рухі ў выглядзе гімнастыкі і лёгкіх гульняў.

Няма чаго гаварыць аб тым, што цяжкая дзіцячая работа ў пэрыодзе полавага разьвіцьця дзяўчынкі недапушчальна. Савецкі закон ахоўвае дзяцей і падлеткаў ад падобнай работы на фабрыках, заводах і іншых прадпрыемствах.

Гігіена пэрыоду полавай сьпеласьці. З часу зьяўленьня першых рэгул пачынаецца другі пэрыод у жыцьці жанчыны—пэрыод полавай съпеласьці. Трэба, каб кожная матка перад чакаемым зьяўленьнем першых рэгул папярэдзіла і азнаёміла сваю дачку з гэтай натуральнай зьявай, каб яна не захапіла яе зьнянацку, не перапалохала і не навяла страху.

Хоць мэнструацыя зьяўляюцца фізыолёгічным працэсам, тым ня менш яны ў многіх дзяўчынак і жанчым выклікаюць некаторыя, праўда, нязначныя расстройствы, а іменна: набраканьне грудзей, цяжкасьць у жываце або цягнучыя болі ў крыжы, пэўную стамляльнасьць, асабліва пры разумовай працы, і дрэннае агульнае самапачуцьце. Жаночы організм, як паказваюць назіраньні, у мэнструальны пэрыод больш успрыймальны да інфэкцыі і да розных захворваньняў. З прычыны гэтага кожная дзяўчына і кожная жанчына павінны ў часе месячных ахоўваць сябе ад розных шкоднасьцяй і выконваць наступныя гігіенічныя правілы.

1) Не *ператамляцца цяжкою фізычнаю працай*, не паднімаць вялікіх цяжараў, не рабіць доўгіх падарожжаў пешшу, ня езьдзіць на вэлёсыпэдзе, верхам на кані, не займацца спортам, ня прымаць удзелу ў стамляльных гульнях, танцах і да т. п. Усе такія ўзмоцненыя рухі выклікаюць прыліў крыві да тазавых органаў і могуць шкодна адбіцца на іх функцыі.

Узмоцненыя заняткі разумоваю працаю ў часе мэнструацыі шкодна ўплываюць на нэрвовую сыстэму.

2) Полавыя зносіны ў часе месячных зусім недапушчальны. Апрача таго, што яны выклікаюць гіпэрэмію полавых органаў, яны могуць быць прычынай утварэньня ўспаляльных процэсаў у полавай сфэры.

3) Трымаць знадворныя полавыя органы ў чыстаце. Для гэтага трэба 2—3 разы ў дзень змываць кроў цёплай вадой з мылам, інакш кроў на бялізьне і валасах засыхае, разлагаецца, набывае дрэнны пах і можа выклікаць успаленьне полавых органаў. Многія жанчыны, асабліва ў вёсках, лічаць, што ў часе рэгул нельга мяняць бялізну, што зьмена бялізны да сканчэньня рэгул можа выклікаць вялікае крывяцячэньне. Гэта, вядома, поўны абсурд і з гэтымі забабонамі неабходна змагацца. Наадварот, у часе рэгул трэба часьцей мяняць бялізну. Усякія похвавыя спрынцаваньні забараняюцца. Для аховы полавых органаў ад забруджаньня мэнструальнай кроўю, апрача абмываньняў, рэкомэндуецца падвязаць падушачкі з ваты, абверчанай марляй (такія падушкі прадаюцца ва ўсіх аптэках і каштуюць нядорага). Падушачкі трэба мяняць кожны дзень і пасьля ўжываньня спальваць іх, але ні ў якім выпадку не ўжываць іх зноў пасьля мыцьця.

Рэкомэндуецца таксама насіць у часе рэгул закрытыя панталоны для аховы полавых органаў ад забруджаньня пылам і іншымі шкоднымі матэрыямі. Аднак, нашэньне закрытых панталон рэкомэндуецца ня толькі ў часе рэгул, але і ўвесь час.

4) Асьцерагацца прастуды, асабліва ахаладжваньня ног і жывата. Таму ў часе месячных нельга купацца, а ногі і жывот трэба трымаць у цяпле.

Апрача выкананьня гігіенічных правіл у часе мэнструацый кожная дзяўчына павінна з асаблівай строгасьцю выконваць агульна-гігіенічны рэжым ў пэрыод полавай сьпеласьці. Умацаваньне агульнага стану організму ў гэтым узросьце мае асаблівае значэньне.

Агульнагігіенічны рэжым зводзіцца да наступнага:

1) Весьці правільнае жыцьцё, чаргаваць работу з адпачынкам, умацоўваць і загартоўваць свой організм нестамляльнымі спортыўнымі і фізыч-

нымі практыкаваньнямі. Спорт на лыжах, каньках, язда на вэлёсыпэдзе, плаваньне, веславаньне, гульні ў тэніс, баскетбол і т. д., пры правільным карыстаньні імі ў мернай колькасьці добра ўплываюць ня толькі на фізычнае разьвіцьцё дзяўчыны, але і на псыхічны стан яе. Фізкультура, не даходзячая да пера-тамленьня, ня толькі садзейнічае разьвіцьцю мускулаў, хуткаму абмену матэрый і загартоўваньню ўсяго организму, але і разьвівае ў дзяўчыны сьмеласьць, стойкасьць і жыцьцярадасны настрой. Савецкая ўлада, бачачы ў фізкультуры адзін з вельмі важных фактараў у сэнсе аздараўленьня падрастаючага маладога пакаленьня, надае ёй вялікае значэньне і пашырае сярод жанчын розныя віды спорту.

2) Сачыць за гігіенай скуры. Для ачышчэньня скуры ад усякіх забруджаньняў неабходна часта мыць рукі, кожны тыдзень мыцца ў ваньне або лазьні, ня менш аднаго разу ў тыдзень мяняць бялізну. Вялікую карысьць прыносяць штодзенныя (раніцою) халодныя абціраньні ўсяго цела. Яны загартоўваюць организм і ўмацоўваюць нэрвовую сыстэму. У гэтым-жа сэнсе карысна купаньне ў рацэ або ў моры ў летні час (толькі не адразу пасьля яды).

3) Ежа павінна складацца з пажыўных і добра-ператраўляемых матэрый. Апрача бялкоў, тлушчаў, вугляводаў, соляй і вады ў склад павінны ўваходзіць таксама вітаміны, якія ёсьць у гародніне і фруктах. Ніколі ня варта пачынаць работу нашча. Ня варта перапаўняць страўнік вялікай колькасьцю ежы і вадкасьці. Трэба ўнікаць перных і занадта вострых матэрый (гарчыца, хрэн, воцат і інш.) Надзвычайна шкодна ўплываюць, асабліва на малады организм, сьпіртныя напіткі, курэньне тытуну.

4) Неабходна змагацца з запорамі, бо яны выклікаюць болі і вядуць да няправільнага палажэньня маціцы і да зьяўленьня хваравітых сымптомаў. Ад запораў можна пазбавіцца цялеснымі рухамі і спортам, а таксама ўжываньнем у ежу чорнага хлеба, сыравіны, гародніны і фруктаў. Неабходна таксама своечасова апаражняць мачавы пузыр, бо перапоўнены пузыр таксама садзейнічае зьмяшчэньню маціцы.

5) Неабходна насіць гігіенічнае адзеньне і абутак. Гігіенічным адзеньнем і абуткам лічацца тыя, якія не перашкаджаюць рухам і ня робяць ціску на паасобныя часткі цела. Шкодны таму цесныя ліфчыкі (гарсэты, на шчасьце, вышлі з

моды), тугое завязваньне спадніц паясамі, круглыя тугія падвязкі на нагах, цесны абутак з вузкімі наскамі на высокіх абсацах. Такое адзеньне і абутак сьціскаюць органы жывата, вядуць да вэнознага застою ў канцавінах, да парушэньня правільнага дыханьня і крывязвароту, да вяласьці кішочніка, да малакроўя і іншых захворваньняў.

6) У наш час мільёны жанчын уцягнуты і ўцягваюцца ў прамысловае, грамадзкае і політычнае жыцьцё краіны. Няма такой галіны працы, у якой жанчына ня прымала-б удзелу; у некаторых з іх нават займае віднае месца. Але пры адсутнасьці мер папярэджаньня профшкоднасьцяй, як гэта бывае пры капіталістычных формах вытворчасьці, некаторыя профэсіі шкодна адбіваюцца на функцыі яе полавай сфэры, дзякуючы асаблівасьцям будовы жаночых полавых органаў. Таму, побач з падняцьцем экономічнага, культурнага і політычнага ўзроўню жанчыны, у нас аздароўлены быт і ўмовы жаночай працы. У адносінах быту жанчына ўсё больш і больш вызваляецца ад кухні і разгружаецца ад іншых сямейных і хатніх клапот і турбот. Вядома, што работа на вытворчасьці, дзе ў нас карыстаюцца жаночай працай, лягчэй чым праца ў хатнім быце. У той-жа час працоўнай жанчыне прыходзяць на дапамогу органы аховы працы і аховы здароўя, ужываючы ўсякія меры, каб ахаваць яе ад профшкоднасьцяй і каб работа яе на вытворчасьці працякала ў такіх умовах, якія не рабілі-б шкоды яе здароўю і не адбіліся-б на яе мацярынскай функцыі. З гэтаю мэтаю на прадпрыемствах уведзены розныя тэхнічныя і мэханічныя прыстасаваньні для адхіленьня ўсякіх шкоднасьцяй (вэнтыляцыя, абясшкоджаньне атрутных матэрый і да т. п.), працуючым на шкодных вытворчасьцях даецца ў выпадку неабходнасьці больш доўгі адпачынак, іх праводзяць на больш лёгкую работу, клапоцяцца аб організацыі для іх разумных забаў, аб уцягненьні іх у спартыўныя і фізкультурныя гурткі і ўжываюцца іншыя меры для ўмацаваньня організму працоўнай жанчыны.

Апрача таго праца ў нашых умовах ня толькі ня цяжкая, але, наадварот, яна зьяўляецца лёгкім і прыемным заняткам, і некаторыя формы яе ня толькі ня супярэчаць біолёгічным асаблівасьцям жанчыны, але нават дапамагаюць умацаваньню організму.

Пры захоўваньні ўсіх вышэйуказаных гігіенічных прадпісаньняў у асабістым жыцьці, па меры набліжэньня да соцыялістычнага ладу, працоўная дзяўчына будзе правільна разьвівацца,

умацоўваць свой організм, здаровай уступіць у шлюб і дасьць здаровае патомства.

Гігіена шлюбу і полавага жыцьця. З часу ўступленьня ў шлюб або ў полавую сувязь пачынаецца новы пэрыод ў жыцьці жанчыны. Гэты пэрыод зьвязан з цэлым радам складаных фізыолёгічных процэсаў, пры якіх жыцьцядзейнасьць і работа полавага апарата асабліва інтэнсыўна. Тут мы будзем гаварыць толькі аб гігіене шлюбнага або полавага жыцьця, бо гігіена цяжарнасьці, родаў, пасьляродавага пэрыоду і кармленьне грудзьмі зьяўляецца прадметам акушэрства.

Яшчэ да ўступленьня ў шлюб або ў полавую сувязь дзяўчына павінна быць азнаёмлена з наступнымі двума патрабаваньнямі гігіены і, галоўным чынам, эўгенікі *): а) з пытаньнем аб узросьце, у якім уступаюць у шлюб і б) з хваробамі, якія зьяўляюцца перашкодай да ўступленьня ў шлюб.

1) З пункту погляду гігіены і эўгенікі найбольш падыходзячым узростам для ўступленьня ў шлюб раней лічылі для дзяўчыны 20—22 гады, а для мужчыны 23—25 год. У апошні час фізыолёгічна абгрунтавана, што ўступленьне ў шлюб у 18-летнім узросьце ня шкодзіць здароўю дзяўчыны і юнака. Таму савецкі закон дазваляе для абодвух уступаць у шлюб ва ўзросьце 18 год. Полавае жыцьцё ў больш раньнім узросьце, згодна даных адпаведных назіраньняў, зьніжае працаздольнасьць і дрэнна ўплывае на нэрвовую сыстэму. Апрача таго, у надта маладых дзяўчын роды бываюць цяжкія і дзеці нараджаюцца слабымі і хваравітымі.

2) Да хвароб, пры якіх належыць устрымлівацца ўступленьня ў шлюб, належаць наступныя: нявылечныя сыфіліс і гонорэя, псыхічныя захворваньні і цяжкія нэрвовыя хваробы (эпілепсія), сухоты ў актыўнай стадыі, цяжкія парокі сэрца, успаленьне нырак, цукровая хвароба і да т. п. Пры наяўнасьці ў жаны або мужа такіх хвароб, як сыфіліс, гонорэя і тубэркулёз, магчыма заражэньне адным аднаго. Далей, некаторыя з гэтых хвароб (тубэркулёз, успаленьне нырак, цукровая хвароба) мугуць значна пагоршыцца і нават могуць быць небясьпечнымі для жыцьця пры цяжарнасьці, у часе родаў і ў пасьляродавым пэрыодзе. Урэшце, ад бацькоў, хворых на сыфіліс, тубэркулёз, псыхічныя хваробы, эпілепсію, ад бацькоў-

*) Эўгеніка—гэта асобная навуковая дысцыпліна, якая ўказвае шляхі і сродкі да палепшаньня і ўдасканаленьня чалавечай пароды.

алькоголікаў і морфіністаў, нараджаюцца хваравітыя, няжыцьцяздольныя і дэфэктыўныя дзеці.

Мы ўжо ведаем, што пры першых полавых зносісах дзявочая плява надрываецца ў адным або некалькіх мясцох, і што пры гэтым жанчына адчувае нязначны боль і ў яе зьяўляецца невялікае крывяцячэньне. Гэтыя невялікія надрывы і ранкі могуць зьяўляцца прычынаю заражэньня, калі яны падпадаюць далейшай траўматазацыі або калі яны ня ўтрымліваюцца ў належнай чыстаце. Апрача таго, у жанчын з павышанай узбуджальнасьцю нэрвовай сыстэмы гэтыя надрывы, трэшчыны і ранкі могуць выклікаць пры наступных зносінах такія моцныя болі, што далейшыя спробы мужчыны зрабіць полавы акт канчаюцца няўдачай і выклікаюць яшчэ большае раздражненьне і ўспаленьне знадворных полавых частак. Да такіх-жа вынікаў можа пацягнуць і першы полавы акт, зроблены ў грубай форме (гл. вагінізм).

Прымаючы пад увагу гэтыя акалічнасьці, трэба, каб першыя полавыя зносіны адбываліся асьцярожна, без насільля і каб пасьля ўстрымліваліся ад зносін на працягу некалькіх дзён, да поўнага загаеньня надрываў і ранак.

Што датычыцца частасьці полавых зносін, то большасьць аўтараў лічыць за норму 3—4 разы ў тыдзень. Аднак, вырашэньне гэтага пытаньня залежыць ад узросту, агульнага стану організму, індывідуальных асаблівасьцяй і іншых умоў. Вядома толькі, што занадта частыя полавыя зносіны вядуць даператамленьня і зьмяншэньня полавай здольнасьці. Павышаная полавая ўзбуджанасьць перамагаецца фізычнаю і разумоваю працаю, грамадзкай работай і зацікаўленасьцю акружаючым.

Мы ўжо некалькі раз падкрэсьлівалі, што полавыя зносіны ў часе мэнструацый недапушчальны.

Таксама належыць устрымлівацца ад полавых зносін у апошнія два месяцы цяжарнасьці і ў першыя шэсьць тыдняў пасьля родаў.

Недапушчальны полавыя зносіны і ў п'яным выглядзе, бо назіраньні паказваюць, што дзеці, зачатыя п'янымі бацькамі, нараджаюцца калекамі, ідыётамі і з іншымі фізычнымі дэфэктамі.

Даволі часта сустракаюцца жанчыны, якія, будучы зусім здаровымі, скардзяцца на тое, што яны не адчуваюць ніякага полавага імкненьня і сласноты пры полавым акце. Ня гледзячы на прыхільнасьць і пачуцьцё каханьня да мужа, яны застаюцца абыякімі і „халоднымі“ ў полавым жыцьці. Заўважана, аднак,

што гэта абыякасьць і халоднасьць праходзіць сама сабой пасьля першых або другіх родаў.

Адно з частых патрабаваньняў, прад'яўляемых жанчынай урачу,—гэта ўказаньне сродкаў для папярэджаньня цяжарнасьці. Такое патрабаваньне жанчыны зусім законнае і грунтоўнае, калі на самай справе, дзякуючы тым або іншым умовам, цяжарнасьць непажадана або недапушчальна (мэдычныя паказаньні, частыя роды, соцыяльныя і бытавыя ўмовы). Але мы ўжо ва ўступе да гэтага падручніка ўказалі, што акушэрка па сваёй уласнай ініцыятыве павінна пропагандаваць і агітаваць сярод жанчын карыстаньне супроцьзачатачнымі сродкамі, каб ім непатрэбна было рабіць аборту. Яна павінна растлумачваць жанчынам, што аборт, зроблены нават у бальнічнай абстаноўцы, пры самых спрыяючых умовах і вопытнай рукой, усё-ж можна нанесьці шкоду жаночаму організму. Карыстаньне супроцьзачатачнымі сродкамі хоць і не заўсёды дасягае мэты, усё-ж зьяўляецца адным са спосабаў барацьбы з абаротам.

(Аб супроцьзачатачных сродках гл. дадатак № 1).

Гігіена клімактэрычнага пэрыоду. Клімактэрычны пэрыод надыходзіць ва ўзросьце 45—52 гады і характарызуецца тым, што ў полавай сфэры жанчыны пачынаюць згасаць фізыолёгічныя процэсы: у яечніку спыняецца пасьпяваньне яечак, маціца і іншыя полавыя органы пачынаюць атрафіроўвацца і ўвесь організм пачынае паступова зьвядаць. Галоўным прызнакам надыходзячага клімактэрыю зьяўляецца спыненьне мэнструацый. Спачатку паміж імі павялічваюцца прамежкі, г. зн. зьяўляюцца яны раз у 2—3 месяцы, а потым зусім спыняюцца.

У адных жанчын гэты пераходны пэрыод да старасьці працякае без усякіх хваравітых зьяў, у іншых ён суправаджаецца цэлым радам сымптомаў, вядомых пад назвай „зьяў выпаданьня", якія залежаць ад спыненьня функцый яечніка. Да іх адносяцца прылівы крыві да галавы, кіданьне ў гарачку, патлівасьць, галоўныя болі (мігрэнь), бяссоньніца, сэрцабіцьце, болі ў крыжы, сухасьць, сьверб і цякучасьць у полавых частках і розныя нэрвовыя зьявы. У некаторых жанчын назіраецца схільнасьць да атлусьценьня, разьвіваецца агульная слабасьць. Сядзячае жыцьцё, якое вядуць жанчыны ў гэтым пэрыодзе, дапамагае разьвіцьцю хронічных запораў.

Усе гэтыя зьявы з часам паступова праходзяць. Аднак, іх можна папярэдзіць або па меншай меры палегчыць пры выка-

ваньні пэўных гігіенічных прадпісаньняў: правільны распарадак жыцьця, хаджэньне па сьвежым паветры, мерныя цялесныя рухі (прагулкі, лёгкая гімнастыка), халодныя абціраньні, сядзячыя ванны, дыэтычнае харчаваньне (больш расьліннай ежы, менш мяса, ня піць сьпіртных напіткаў, моцнага чаю і кавы), лёгкія развальняючыя, мінэральныя воды, часамі клізмы—усе гэтыя меры часта прыносяць палёгку жанчыне, якая ў гэтыя гады часамі перажывае даволі цяжкія пакуты, асабліва ад прыліваў крыві да галавы. У гэтым сэнсе часамі дае карысьць прызначэньне оварыну або овакрыну і іншых органотэрапэўтычных прэпаратаў.

Але самае горшае, апрача вышэйазначаных зьяў, якія так або інакш з часам праходзяць, гэта тое, што ў клімактэрычным пэрыодзе ёсьць небясьпека разьвіцьця злаякасных новаўтварэньняў (раку) маціцы і іншых полавых органаў. Рак маціцы, як мы ўжо ведаем, у пачатковай стадыі, нажаль, не дае ніякіх сымптомаў. Але трэба памятаць, што зьяўленьне крывяцячэньня або нязначных крывяністых выдзяленьняў праз даволі доўгі прамежак часу пасьля спыненьня рэгул павінна зьяўляцца грознаю перасьцярогаю для жанчыны, і яна павінна безадкладна зьвярнуцца да ўрача для высьвятленьня прычын гэтага крывяцячэньня.

Аднак, ня ўсякае зьяўленьне крыві ў клімактэрычным пэрыодзе ўказвае на ўтварэньне раку. І пры іншых захворваньнях назіраецца крывяцячэньне (пры поліпах шыйкі маціцы, пры старэчым катары маціцы). Апрача таго, у многіх жанчын у пачатковай стадыі клімактэрычнага пэрыоду, як мы вышэй указалі, месячныя прыходзяць з вялікімі спазьненьнямі (праз 2—3 месяцы), часта суправаджаюцца значнымі крывявыліцьцямі і вызначаюцца сваёй працягласьцю—гэта так званая клімактэрычныя крывяцячэньні. Яны часам бываюць так збыткоўны, што, апрача прызначэньня ўсякіх крываспыняючых формаколёгічных сродкаў і гарачых спрынцаваньняў, прыходзяцца рабіць тампонізацыю похвы і нават маціцы.

Ва ўсякім разе, пры малейшым адхіленьні ад звычайных рэгул і зьяўленьні крывяністых выдзяленьняў пасьля даволі доўгага перапынку, неабходна высьвятліць характар захворваньня, каб не прапусьціць моманту, калі яшчэ можна выратаваць жыцьцё жанчыны.

СУПРОЦЬЗАЧАТАЧНЫЯ СРОДКІ

Органы аховы здароўя, у тым ліку і ахова мацярынства і маладзенства, а таксама аўторытэтныя навуковыя сілы, з прычыны шырокага распаўсюджаньня абортаў і шкодных вынікаў ад іх, высунулі пытаньне аб шырокай пропагандзе супроцьзачатачных сродкаў, прымаючы пад увагу, што для здароўя жанчыны яны менш шкодны, чым аборт. Але сродкі гэтыя павінны задавальняць наступным патрабаваньням: 1) каб сродак быў бясшкодны для абодвух супругаў; 2) каб ён быў пэўным, надзейным, г. зн. такім, які выключыў-бы магчымасьць зачацьця; 3) каб ім можна было без асаблівай цяжкасьці і зручна карыстацца і 4) каб ён быў даступным па цане.

Усе супроцьзачатачныя сродкі могуць быць падзелены на дзьве галоўныя групы: 1) мэханічныя сродкі, якія маюць на мэце перашкаджаць праніканьню спэрматозоідаў у поласьць маціцы і 2) хімічныя сродкі, якія забіваюць спэрматозоідаў і робяць іх няздольнымі да запладненьня яйца.

Неабходна загадзя агаварыцца, што ніводзін сродак як мэханічны, так і хімічны, якія будуць ніжэй пералічаны, не можа лічыцца абсолютна надзейным, г. зн. не гарантуе ад цяжарнасьці.

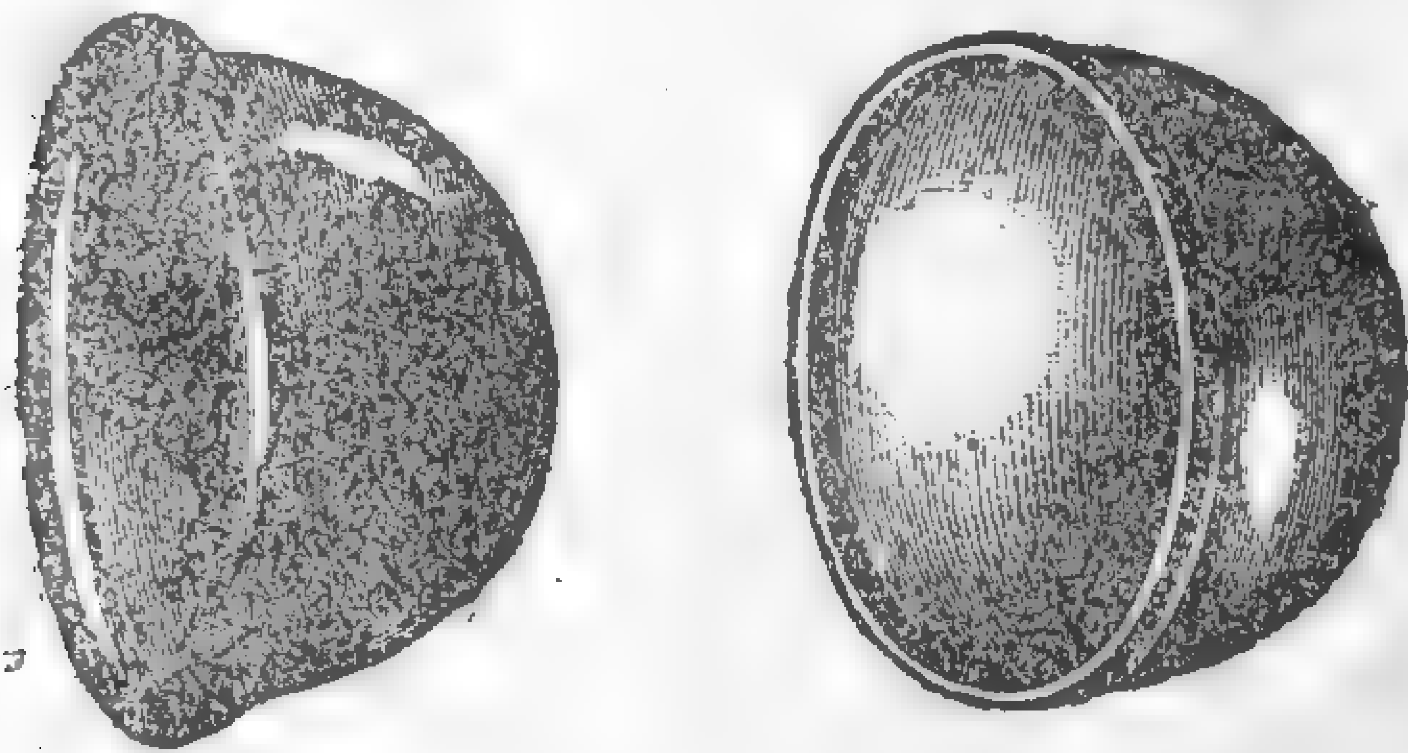
Мэханічныя супроцьзачатачныя сродкі. Да іх адносяцца:

1) *Мужчынскі прэзэрватыў* (кондом), які выпрабляецца з тонкай гумы або рыб'яга пузыра. Ён лічыцца амаль няшкодным сродкам, але, нажаль, мала надзейным: прэзэрватывы гэтыя часта рвуцца; апрача таго яны параўнаўча дарагія па цане. Дадатны бок іх у тым, што яны забясьпечваюць ад заражэньня вэнэрычнымі хваробамі.

2) *Жаночыя прэзэрватывы* ў выглядзе гумовых, алюміневых і каўчукавых каўпачкоў, якія надзяюцца на шыйку

мацыцы. Яны маюцца ў продажы ў розных модэлях і розных разьмерах. Найбольш пашыраны нумары 40, 45, 50, 55 і 60. Нумар каўпачка выбіраецца па велічыні шыйкі і шырыні похвы. Пры прызначэньні каўпачка неабходна навучыць жанчыну, як яго трэба надзяваць і вымаць. Яна павінна навучыцца знаходзіць шыйку мацыцы, каб яна магла праверыць, ці правільна ляжыць каўпачок і ці закрывае ён шыйку. Апрача таго, жанчына павінна сачыць за ўтрыманьнем каўпачка ў чыстаце і яна павінна ўводзіць яго ў похву чыста вымытымі рукамі. Нашэньне каўпачка на працягу цэлага месяца, ад канца рэгул да пачатку іх, як гэта робяць некаторыя жанчыны, бязумоўна шкодна (мал. 104 і 104-а).

Карыстацца каўпачком можна толькі па прызначэньні ўрача. Урач можа вызначыць падыходзячы нумар каўпачка і ўстанавіць прыдатнасьць гэтага сродку ў кожным даным выпадку. Пры наяўнасьці ўспаляльных, нават заглохлых процэсаў, значных беляй, а тым больш эрозій на шыйцы, и таксама пры няправільным палажэньні мацыцы нашэньне каўпачка супроцьпаказана.



Мал. 104 і 104-а. Каўпачкі.

3) *Унутрымацічныя штыфты* (*стэрылеты*) у выглядзе грыбка, якія вырабляюцца з золата, срэбра і сланёвай косьці і ўводзяцца ў канал шыйкі.

Гэтыя прэзэрватывы трэба лічыць абсолютна шкоднымі: яны выклікаюць катары шыйкі і зьязваньні. Апрача таго, іх нельга ўводзіць і выдаліць без дапамогі ўрача. Апрача шкоды, якую яны могуць прынесьці, і неабходнасьці звароту да ўрача спэцыяліста, яны яшчэ дорага абыходзяцца і даступны нямногім.

4) Да гэтай групы трэба аднесьці самы пашыраны спосаб папярэджаньня цяжарнасьці—перапыненыя зносіны (няскончаны полавы акт), пры якім семя выкідваецца па-за похвай. Гэты спосаб большасьць аўторытэтных гінэколёгаў лічаць шкоднымі сродкам. Перапыненыя зносіны, па іх думцы, шкодна ўплываюць на нэрвовую сыстэму жанчыны, вядуць да полавай нэўрастэніі і, апрача таго, зьяўляючыся крыніцай працяглай гіпэрэміі ў тазе, выклікаюць болі ў паясьніцы і крыжы і іншыя зьявы застойнай гіпэрэміі (мэтро-эндомэтрыт).

На падставе шматлікіх назіраньняў установлена, што перапыненыя зносіны шкодна ўплываюць таксама і на мужчыну, асабліва на нэўрастэнікаў.

Урэшце, гэты спосаб не заўсёды надзейны, бо семя трапляючы на знадворныя полавыя часткі, можа ўсё такі пранікнуць у маціцу, як гэта бывае ў дзяўчын пры ненормальных полавых зносінах, у якіх цяжарнасьць надыходзіць, ня гледзячы на цэласьць дзявочай плявы.

Хімічныя супроцьзачатачныя сродкі. Да хімічных супроцьзачатачных сродкаў, якія маюць на мэце зьмярцьвеньне спэрматозоідаў, належаць:

1) *Похвавыя спрынцаваньні хімічнымі растворамі.* З прычыны таго што спэрматозоіды гінуць у кіслым асяродзьдзі, для похвавых спрынцаваньняў карыстаюцца воцатнай кіслатой, малочнай кіслатой (2 чайных лыжкі на кружку вады борнай кіслатой (1 сталовая лыжка на кружку). Некаторыя рэкомэндуюць спрынцаваньні марганцава-кіслым каліем і сулемой. Сулема зьяўляецца моцнай атрутай для спэрматозоідаў, але яна разам з тым пры частым карыстаньні ёю атручвае і організм, а таму працяглыя спрынцаваньні сулемой недапушчальны.

Похвавыя спрынцаваньні, ня гледзячы на некаторыя свае вартасьці (няшкоднасьць, даступнасьць па кошту і адносная надзейнасьць), маюць той недахоп, што яны зьвязаны з клопатамі і нявыгодамі, а іменна: а) неабходна іх рабіць зараз-жа пасьля полавых зносін; б) неабходна нарыхтоўваць цёплую ваду (халодныя спрынцаваньні шкодны); в) рабіць іх неабходна над бідэ або над вядром, бо ў ляжачым палажэньні семя не вымываецца са зводаў похвы, і г) спрынцаваньні павінны рабіцца з кружкі Эсмарха. Не рэкомэндуецца карыстацца гумавымі балёнамі, бо яго нельга трымаць у чыстаце.

2) *Похвавыя шарыкі.* Найбольш пашыраны шарыкі, якія нарыхтоўваюцца з хініну і борнай кіслаты (рэцэпт гл. дадатак № 2). Шарык ўводзіцца за 5—8 мінут да полавага акту глыбока ў похву, дзе ён павінен растаць. Раніцою неабходна праспрынцавацца.

Шарыкі больш або менш няшкодны, зручны пры ўжываньні, але мала надзейны і дорага каштуюць.

3) *Таблеткі „Контрацэптын"* ужываюцца як шарыкі.

4) *Паста „Прэконсоль".* Яна знаходзіцца ў трубцы, на адзін канец якой надзяецца наканцоўнік, які ўводзіцца ў задні звод-

На процілеглы канал трубкі надзяецца ключ. Паваротам ключа паста выціскаецца і закрывае зёў шыйкі маціцы. Наступнае спрынцаваньне непатрэбна. Гэты сродак мае, такім чынам, падвойнае дзейнічаньне: хімічнае і мэханічнае. Ён па сваім саставе хімічна забівае спэрматозоідаў і мэханічна перашкаджае пранікненьню семя ў поласьць маціцы. Таму ўжываньне пасты „Прэконсоль" шырока рэкомэндуецца.

5) Такое-ж падвойнае дзейнічаньне маюць губкі і тампоны, насычаныя хімічнымі растворамі. Аднак, губак лепш ня ўжываць, бо яны забруджваюцца і да паўторнага ўжываньня няпрыдатны. Лепш за ўсё ўжываць невялікія тампоны з ваты, перавязаныя ніткамі і змочаныя слабым растворам воцату (хатнім воцатам). Такі тампон уводзіцца за некалькі мінут да полавых зносін і праз некалькі мінут пасьля іх выдаляецца за нітку і выкідваецца.

Для большай гарантыі некаторыя раяць ужываньне хімічных сродкаў у злучэньні з каўпачкамі. Для гэтага ў каўпачок перад увядзеньнем яго ў похву ўкладваецца крыху борнай кіслаты або хініну ці пасты „Прэконсоль".

6) *Унутрымацічныя змазваньні, або ўпырскваньні ёду*, якія робяцца сыстэматычна кожны месяц пасьля сканчэньня мэнструацыі.

У разьдзеле аб агульнай тэрапіі гінэколёгічных захворваньняў было ўжо ўказана і падкрэсьлена, што гэтыя ўнутрымацічныя маніпуляцыі ня толькі шкодны, але і небясьпечны. Небясьпека заключаецца ў магчымасьці занясеньня інфэкцыі ў поласьць маціцы, траплeньня ёду ў трубы і нават у поласьць брушыны і зьяўленьняў шоку. Апрача таго, гэтыя маніпуляцыі цягнуць за сабою і аддаленыя вынікі.

З усіх пералічаных супроцьзачатачных сродкаў розныя навуковыя організацыі і іншыя аўторытэтныя сілы рэкомэндуюць каўпачкі, похавыя шарыкі, пасту „Прэконсоль", тампончыкі, змочаныя звычайным хатнім воцатам, і похвавыя спрынцаваньні—як сродкі больш або менш бясшкодныя, агульнадаступныя ў многіх выпадках надзейныя на працягу некалькіх год. Выбар таго або іншага сродку павінен быць прадстаўлены толькі ўрачу спэцыялісту, бо пры прызначэньні супроцьзачатачнага сродку патрэбна строгая індывідуалізацыя ў залежнасьці ад цэлага раду ўмоў.

Абсолютна шкоднымі сродкамі, супроць якіх неабходна змагацца, трэба лічыць унутрымацічныя ўпырскваньні

і змазваньні ёдам, унутрымацічныя штыфты і перапыненыя полавыя зносіны.

Прызнаючы той або іншы супроцьзачатачны сродак, неабходна ўказаць жанчыне, па-першае, што ніводзін з сродкаў нельга лічыць верным і надзейным, і па-другое, што ўсякі сродак, пры працяглым карыстаньні, робіцца шкодным.

Прымаючы пад увагу ўказаныя акалічнасьці, у апошні час ідуць пошукі больш вернага і бясшкоднага сродку, які мог-бы выклікаць часовую бясплоднасьць. І такі сродак бачаць у рэнтгенізацыі яечнікаў, бо назіраньні паказваюць, што пад уплывам рэнтгенаўскіх праменьняў у яечніках адбываюцца такія зьмены, якія вядуць да бясплоднасьці, і што пасьля спыненьня дзеяньня гэтых праменьняў яечнікі зноў начынаюць функцыянаваць. Нажаль, гэты спосаб яшчэ мала вывучаны ў сэнсе дозіроўкі праменьняў. Дасьледваньні, зробленыя ў гэтым напрамку, паказалі, што малыя дозы не дасягаюць мэты, а вялікія дозы могуць выклікаць бясплоднасьць, але ў той-жа час могуць зрабіць жанчыну дачасовым інвалідам, і наогул невядома яшчэ, аддаленае дзеяньне рэнтгенаўскіх праменьняў на арганізм.

У стадыі распрацоўкі і вывучэньня знаходзіцца яшчэ другі спосаб, якім імкнуцца выклікаць стэрылізацыю жанчыны. Робіцца спроба шляхам упырскваньня сыроваткі, нарыхтаванай са спэрматозойдаў, зрабіць жанчыну бясплоднай. Досьледы, праведзеныя на жывёлах, далі станоўчыя вынікі і таму гэты біолёгічны спосаб пачалі ўжываць на жанчыне, але колькасьць назіраньняў настолькі нязначная, што лічыць яго пэўным, надзейным, бясшкодным спосабам яшчэ рана.

У тых выпадках, калі неабходна зрабіць жанчыну абсолютна бясплоднай, г. зн. гарантаваць яе ад цяжарнасьці на працягу ўсяго яе дзетароднага пэрыоду, прыходзіцца ўжываць опэрацыйны спосаб—стэрылізацыю—перавязку труб, а часамі нават выдаленьне яечнікаў. Звычайна гэта опэрацыя робіцца аднача-сова з ускрыцьцём брушной поласьці з якой-небудзь іншай прычыны.

Мы ўжо не адзін раз указвалі, што неабходна шырока прапагандаваць сярод жанчын ужываньне супроцьзачатачных сродкаў з тою мэтою, каб жанчыне ня трэба было рабіць аборту. Хоць усе супроцьзачатачныя сродкі не абсолютна бясшкодны, але тым ня менш з двух ліхаў трэба выбіраць меншае. Апрача

таго, савецкая ўлада, выдаўшы дэкрэт аб легалізацыі аборту і агітуючы за ўжываньне супроцьзачатачных сродкаў, лічыць гэтыя меры часовымі. Савецкая ўлада ўлічвае, што забарона аборту і ўжываньне рэпрэсыўных мер, як гэта было ў царскай Расіі і як гэта мае месца і зараз у капіталістычных краінах, і забарона вырабу і продажу супроцьзачатачных сродкаў у некаторых з гэтых краін—такія меры прыносяць больш шкоды жанчыне і дзяржаве.

Але мы зараз жывём у такі час, калі наша краіна пакрываецца радзільнымі дамамі маткі і дзіцяці, ясьлямі, пляцоўкамі і дзіцячымі дамамі, грамадзкімі кухнямі, сталоўкамі, грамадзкімі пральнямі і інш., калі жанчына вызваляецца ад усякіх хатніх і сямейных клопатаў, калі прымаюцца ўсе меры да аздараўленьня організму, быту і ўмоў жаночай працы і для забесьпячэньня дзіцяці прытулкам, наглядам і выхаваньнем.

Мы зараз уступілі у пэрыод соцыялізму, і падобна да таго як трактар выцесьніў саху, а машына—станок, так і профіляктыка, гігіена і санітарыя зьнішчаюць усе соцыяльныя хваробы і разам з тым розныя перамагаўы жанчыны, зьвязаныя з яе біолёгічнымі асаблівасьцямі.

Адначасова соцыялізм вядзе да таго, што „праца з ганебнага і цяжкага ярма, якім яна лічылася раней, ператвараецца ў справу гонару, у справу славы, адвагі і геройства" (Сталін) і робіцца справай лёгкай і прыемнай.

Усе гэтыя фактары ўзятыя разам—вызваленьне жанчыны ад сямейных і хатніх клопатаў, аздараўленьне яе організму, лёгкая і прыемная праца, плюс высокі матэрыяльны добрастан і высокі культурны ўзровень—усё гэта дасьць соцыялізм і павядзе яно да таго, што зьнікнуць і аборт, і супроцьзачатачныя сродкі і дзеці будуць для бацькоў не цяжарам, не ярмом, а шчасьцем і радасьцю жыцьця.

РЭЦЭПТУРНЫЯ ФОРМУЛЫ НАЙБОЛЬШ УЖЫВАЕМЫХ ЛЕКАВЫХ СРОДКАЎ

I. КРЫВЯСПЫНЯЮЧЫЯ

1) Jnfus. secalis cornuti 8,0 : 200,0.
DS. Праз 3—4 гадзіны па 1 сталовай лыжцы (узбоўтваць перад ужываньнем).

---

2) Jnfus. secal. cornuti 8,0 : 200,0
Elixir acidi Halleri 2,0
MDS. Праз 3—4 гадзіны па 1 сталовай лыжцы.

---

3) Pulveris secal. cornuti 0,5
D. t. dos № 12
S. 3—4 разы на дзень па 1 парашку.

---

4) Extracti fluidi secal corn. 20,0
DS. 3 разы на дзень па 20 — 25 кропель.

---

5) Ergotini Bonjeani 3,0
Extr. et pulv. liquirit. q. s. ut f. pilulae № 30
DS. 3 разы на дзень па 1 пілюлі.

---

6) T—rae ergotini 10,0
T—rae cinnamomi 15,0
MDS. 3 разы на дзень па 30 кропель.

---

7) Secacornini 15,0
DS. 3 разы на дзень па 8—10 кропель.

8) Extracti fluidi Hydrastis canadensis 10,0
DS. 3 разы на дзень па 30 кропель.

---

9) Extracti fluidi viburni prunifolii 15,0
DS. 3 разы на дзень па 30 кропель (пры пачатку выкідку).

---

10) Extr. fluid. polygonii hydropiperis 30,0
DS. 3 разы на дзень па 40 кропель.

---

11) Extr fluid. gossipii herbacei 60,0
DS. 3 разы на дзень па 1 чайнай лыжцы.

---

12) Stypticin in tablettis â 0,05
D. t. dos. № 20
S. 3 разы на дзень па 1 таблетцы (пры крывяцячэньнях, якія суправаджаюцца болямі ў жываце).

---

13) Styptol. in tablettis â 0,05
D. t dos. № 20
S. 3 разы на дзень па 1 таблетцы.

---

14) Mammini in tablettis â 0,3
D. t. dos № 20
S. 3 разы на дзень па 1 таблетцы.

II. СПЫНЯЮЧЫЯ БОЛІ І СНАТВОРНЫЯ

1) Morphii mur. 0,015
Butyri cacao 2,0
M. f. suppositorium
D. t. dos. № 6
S. 2 сьвечкі на дзень.

---

2) Morfii muriatici 0,1
Aquae laurocerasi 15,0
MDS. 3 разы на дзень на 15 кропель.

---

3) Extracti opii 0,02
Butyri cacao 2,0
M. f. supposit. *D.* t. dos № 6
S. 2 сьвечы на дзень.

---

4) T—rae opii 5,0
DS. 3 разы на дзень па 8—10 кропель.

---

5) Pantopon 0,02
Butyri cacao 2,0
M. f. supposit D. t. dos № 6
S. 2 сьвечкі на дзень.

---

6) Extr. belladonae 0,02
Butyri cacao 2,0
M. f. supposit *D.* t. dos № 6
S. 2 сьвечкі на дзень.

7) T—rae cannabis indicae 10,0
DS. 3 разы на дзень па 8—10 кропель.

---

8) T—rae cannabis indic. 10,0
T—rae castorei canad. 10,0
MDS. 3 разы на дзень па 20 кропель.

---

9) Natr. bromati 8,0
Aquae destillatae 200,0
MDS. 3 разы на дзень па 1 сталовай лыжцы.

---

10) Salipyrin 0,5
D. t. dos № 6
S. 2—3 парашкі на дзень (пры дысмэнорэі).

---

11) Veronal 0,3
D. t. dos № 5
S. 1 парашок на ноч.

III. СРОДКІ, ДЭЗЫНФЭКТУЮЧЫЯ МАЧАВЫЯ ШЛЯХІ

1) Urotropini 0,5
D. t dos № 12
S. 3 разы на дзень па 1 парашку.

---

2) Saloli 0,5
D. t. dos № 12
S. 3 разы на дзень па 1 парашку.

3) Urotropini 0,3
Saloli 0,3
M. f. pulv.
D. t. dos № 12
S. 3 парашкі на дзень.

---

4) Fol. uvae ursi 60,0
DS. Заварваць як чай 1 сталовую лыжку на шклянку вады.

IV. РАЗВАЛЬНЯЮЧЫЯ СРОДКІ

1) Species st. germain 50,0
DS. 1 чайную лыжку заварыць на кубак.

---

2) Pulv. liquiritiae compositae 50,0
DS. 1—2 чайныя лыжкі на ноч.

3) Extr. fluid. cascarae sagradae 50,0
DS. 1 чайную лыжку на ноч.

---

4) Pulv. Botkini 30,0
DS. 1 чайную лыжку на ноч.

V. МЕСЯЧНАГОННЫЯ

1) Ovariin (або ovarikrin) у табл. 0,3
D. t. dos № 20
S. 3 разы на дзень па 1 таблетцы (пры амэнорэі і ў клімактэрыч. пэрыодзе).

2) Kalii hypermanganici 1,0
Argillae albae q. s. ut f. pilul. № 20.
DS. 3 разы на дзень па 1 пілюлі.

VI. СРОДКІ ДЛЯ СПРЫНЦАВАНЬНЯ ПОХВЫ

1) Hydraryri bichlorati corrosivi ў пасьцілках à 0,5
D. t. dos № 15
S. Разьвесьці 1 пасьцілку на кружку вады.

---

2) Acidi lactici 200,0
DS. 1 чайная лыжка на кружку вады.

---

3) Lysororm 200,0
DS. 1 чайная лыжка на кружку вады.

---

4) Lysol 200,0
DS. 1/2 чайнай лыжкі на кружку вады.

---

5) Aceti pyrolignosi crudi 300,0
DS. 2—3 сталовых лыжкі на кружку вады (пры эрозіях шыйкі).

---

6) Zinci chlorati
Aquae destillatae aà 75,0
MDS. 1 чайная лыжка на кружку вады.

---

7) Kalii hypermanganici 3,0
DS. Растварыць некалькі крышталікаў у кружцы вады да зьяўленьня малінавага колеру.

---

8) T—rae jodi 50,0
DS. чайная лыжка на кружку вады.

Для спрынцаваньня прызначаюцца яшчэ квасцы, танін, сода, спажыўная соль (па 2 чайныя лыжкі на кружку вады).

VII. РАССАСВАЮЧЫЯ

1) Jchthyol 0,3
Butyr. cacao (ятчэ лепш pastae glycerinosae *)
q. s. ut f. globul. vaginal.
D. t. dos № 10
S. Уводзіць па 1 шарыку на ноч.

---

2) Jchthyol (або Thigenol) 10,0
Glycerini 75,0
DS. Для тампонаў.

---

3) Tannin 15,0
Glycerin 85,0
DS. Для тампонаў.

VIII. МАЗІ

1) Unguenti hydrargyri cinerei 20,0
DS. Уціраньне (пры плашчыцах).

---

2) Unguenti hydrargyri praecipitati albi 20,0
DS. Уціраньне (пры плашчыцах).

---

3) Menthol 0,3
Cocain muriat. 0,5
Salol 2,0
Ol. Olivarim 5,0
Lanolin 40,0
M. f. unguentum
DS. Мазь (пры сьвербе ў знадворных полавых частках).

IX. ПРЫМОЧКІ

1) Сьвінцовая вада 100,0
2) Буравая вадкасьць 100,0

} пры вульвіце

X. СУПРОЦЬЗАЧАТАЧНЫЯ

1) Chinin. sulfurici 0,5
Acidi borici 0,3
Butyr. cacao q. s. ut f. globuli vaginal.
D. t. dos № 10
S. Вядома.

2) Таблеткі „Контрацэнтын“.

3) Супроцьзачатачная мазь „Прэконсоль“.

---

*) Pasta glycerinosa (1, 5—2,0) складаецца з глікэрыну (95%) і стэарынавай кіслаты (5%).